

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 décembre 1884 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par **Louis GOURICHON**

Né à Montsauche [Nièvre], le 7 novembre 1860

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

PAR

LA PONCTION & LES POINTES DE FEU

Président de la Thèse : M. le Professeur BROUARDEL

Jury : MM. { PROUST, professeur.
 DEBOVE, agrégé.
 QUINQUAUD, id.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

THÈSE

N°

70

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 décembre 1884 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Louis GOURICHON

Né à Montsauche [Nièvre], le 7 novembre 1860

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

PAR

LA PONCTION & LES POINTES DE FEU

Président de la Thèse : M. le Professeur BROUARDEL

Jury : MM. { PROUST, professeur.
 { DEBOVE, agrégé.
 { QUINQUAUD, id.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BÉCLARD.
Professeurs.....

	MM.
Anat mie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
	HARDY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	N.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. DUMAS.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESS.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	C. RICHET.
CHARPENTIER.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
PARABEUF, chef des travaux anatomi- ques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BROUARDEL

Médecin de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Président du Comité consultatif d'Hygiène publique

Officier de la Légion d'honneur

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MONSIEUR P. TILLAUX

Directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR A. SEVESTRE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR L. DREYFUS-BRISAC

Médecin de l'Hôpital Tenon

INTRODUCTION

Il y a deux grandes classes de pleurésies : les unes sont franchement inflammatoires, aiguës, primitives ; elles ont un début toujours très net, parfois assez bruyant, s'accompagnent de phénomènes généraux, plus ou moins intenses ; ce sont les vraies inflammations de la plèvre, ce sont les pleurites. Elles surviennent ordinairement sous l'influence du coup de froid.

Les autres ont un début peu accusé, s'installent insidieusement, déterminent peu de réaction locale et générale : ce sont les pleurésies secondaires, qui sont sous la dépendance de l'état général (tuberculose, rhumatisme, etc.)

Le médecin, dans la cure de toute pleurésie, a donc deux indications à remplir. Il devra : 1° faire le traitement de l'état local, de la pleurite ou de la pleurésie ; 2° faire le traitement de l'état général, du pleurétique lui-même. C'est de la première indication seulement que nous voulons nous occuper ici.

Le traitement local de la pleurésie doit s'adresser d'abord à l'élément inflammatoire ou congestif plus ou moins

intense qui l'a déterminée, et ensuite à ses produits (épanchements, fausses membranes). Il ne faut pas perdre de vue que la note dominante est un état inflammatoire plus ou moins franc, et que c'est lui surtout qui doit être visé dans la thérapeutique.

En traitant l'épanchement, on ne traite que l'effet, on ne s'adresse pas à la cause. Pour atteindre celle-ci d'une façon directe, il faut avoir recours soit à la méthode antiphlogistique, soit à la méthode révulsive. Les saignées locales et générales ont donné de bons résultats entre les mains de ceux qui les ont employées.

Nous avons choisi pour traiter nos pleurétiques la révulsion. Nous n'avons pas l'intention de faire le parallèle de ces deux méthodes, et nous n'avons pas recherché si l'une était supérieure à l'autre. Nous nous sommes proposé simplement d'étudier la valeur d'un seul révulsif très employé aujourd'hui, dont l'action est très puissante, les cautérisations ponctuées, faites à l'aide du thermo-cautère.

Nous indiquerons tout à l'heure comment nous avons procédé. Mais dès maintenant, nous devons dire que le traitement de l'inflammation pleurale par les pointes de feu est dû à M. Cayla, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux et à M. Picot, professeur à la même Faculté.

Ayant lu dans les leçons de clinique médicale de ce professeur une série d'observations où la guérison était survenue peu de jours après l'application de nombreuses pointes de feu suivant la ponction, et séduit par des résultats aussi encourageants, nous avons expérimenté ce procédé.

Avec l'autorisation de notre excellent maître M. L. Dreyfus-Brisac et sous sa direction, nous l'avons pratiqué sur tous les pleurétiques de son service.

Notre but, dans ce modeste travail est d'exposer les faits observés par les inventeurs de la médication et par nous-même, de montrer les résultats obtenus et de dégager la valeur du procédé thérapeutique.

Dans une première partie, nous indiquerons la façon dont nous avons procédé, le moment opportun de l'intervention active, et nous relaterons les observations des pleurésies avec épanchement traitées par la ponction et les pointes de feu : les unes sont tirées des leçons de clinique de M. Picot ; une appartient à M. Graux, ancien interne des hôpitaux ; les autres ont été recueillies par nous dans le service de M. L. Dreyfus-Brisac où nous étions externe.

Dans la seconde partie de cette thèse, nous commenterons et discuterons ces observations.

Enfin nous poserons nos conclusions dans la dernière partie.

Notre tâche a été facilitée par l'obligeance de notre maître qui nous a toujours fait profiter de son expérience et nous a éclairé de ses conseils. Que notre cher maître, qui, durant toute cette année, nous a donné tant de preuves de sa bienveillance et de sa sympathie, veuille bien agréer l'hommage de ce travail comme un faible témoignage de notre reconnaissance.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser nos plus sincères remerciements à notre premier maître M. le professeur Brouardel pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter

la présidence de cette thèse ; — et de témoigner notre vive gratitude à notre maître M. Sevestre pour la sollicitude qu'il a eue à notre égard pendant notre année d'externat passée dans son service.

PREMIÈRE PARTIE

PROCÉDÉ EMPLOYÉ POUR TRAITER LA PLEURÉSIE

Avant de citer les observations des malades traités par la ponction et les pointes de feu, il importe de dire comment nous avons procédé, à quel moment nous sommes intervenu et en quoi a consisté notre intervention.

Chaque fois que nous nous sommes trouvé en présence d'une pleurésie avec épanchement, nous n'avons pas attendu pour agir activement que celui-ci fût devenu considérable. La révulsion, en effet, employée à ce moment, quelle que soit son énergie, n'aurait qu'une action très limitée.

Elle pourrait agir sur le feuillet pariétal, mais elle serait sans influence sur le feuillet viscéral de la plèvre et sur le tissu pulmonaire sous-jacent qui souvent, lui aussi,

est enflammé ou congestionné; elle serait sans influence sur l'épanchement lui-même.

Mais supposons au contraire une plèvre débarrassée du liquide qu'elle renferme, nous concevons très bien qu'une révulsion vive, énergique, rapide, immédiate puisse avoir les meilleurs effets sur les deux feuillets séreux rapprochés l'un de l'autre et sur le poumon lui-même qui est souvent le premier atteint.

Aussi sommes-nous toujours intervenu immédiatement, car nous sommes convaincu que plus l'inflammation est jeune, plus nous avons de chances d'agir sur elle. Notre intervention a consisté : 1° A évacuer la plèvre ; 2° A faire de la révulsion à l'aide des pointes de feu.

Pour vider la plèvre de son contenu, nous nous sommes servi de l'appareil Potain et nous avons suivi pour pratiquer la ponction les règles usitées en pareil cas. Seulement, suivant la quantité de liquide renfermée dans la plèvre, nous avons tenu une conduite différente : quand la quantité était peu considérable, nous avons évacué la cavité pleurale en une seule séance ; mais lorsque le liquide était abondant, nous avons procédé à l'évacuation de la plèvre en plusieurs fois et au moins à un jour d'intervalle ; nous nous sommes conformé en cela à la pratique de nos maîtres qui, craignant de voir apparaître l'expectoration albumineuse à la suite d'une extraction de liquide trop rapidement faite ou complète, conseillent de vider la plèvre en plusieurs séances.

La plèvre évacuée en partie ou en totalité nous avons immédiatement appliqué comme révulsif des cautérisations ponctuées faites à l'aide du thermo-

cautère sur toute la surface de la plèvre enflammée. Celles-ci ont été faites *larga manu*, très nombreuses (100, 150, 200), à peine distantes les unes des autres d'un centimètre, et elles ont dépassé toujours les limites de l'inflammation pleurale. Il nous était permis, de cette façon, de combattre énergiquement l'élément inflammatoire ou congestif, et d'espérer que le liquide ne se reproduirait pas.

Quelle que soit la quantité du liquide épanché, légère ou considérable, nous faisons la ponction. Et celle-ci, nous ne l'employons pas comme un palliatif, comme un expédient, mais comme un adjuvant utile, indispensable du traitement curatif, comme un moyen préparatoire à l'application de la méthode révulsive, et qui est destiné à donner à celle-ci toute son efficacité.

La révulsion produira son maximum d'action au moment où les deux feuillets séreux seront pour ainsi dire affrontés, c'est-à-dire quand la ponction évacuatrice aura été faite préalablement.

Sous l'influence de l'application des pointes de feu, il se fait une révulsion immédiate, intense sur toute la région du thorax correspondant à la plèvre malade. Le plus souvent, si le liquide épanché est peu considérable, celui-ci après le traitement ne se reproduit plus ; les frottements que l'on perçoit à l'auscultation en sont une preuve et la guérison survient rapidement. Si l'épanchement est abondant, on vide la plèvre en plusieurs séances, et après chaque ponction on applique largement des cautérisations ponctuées. Si après l'évacuation complète de la plèvre, il se reforme du liquide, chose dont il est facile de s'assu-

rer par les signes physiques et par la ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz, on extrait le liquide reproduit et on applique encore de nombreuses pointes de feu.

En résumé, intervention précoce, évacuation de la plèvre aussi complète que possible, large application de pointes de feu : voilà la méthode que nous avons suivie. Quels sont les résultats qu'elle a donnés ? C'est ce que les observations suivantes vont nous apprendre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (M. Picot)

Pleurésie droite. Une ponction. Une application de pointes de feu. Guérison en trois jours.

Turon, manoeuvre, 45 ans, entré à l'hôpital St-André, le 7 décembre 1882, pour toux et dyspnée. Pas d'antécédents héréditaires et personnels ; bonne santé habituelle.

Il y a un mois, après avoir eu très chaud, prit froid : plusieurs

frissons, point de côté au-dessus du mamelon droit ; inappétence, amaigrissement depuis cette époque.

Examen des organes : à l'inspection de la cage thoracique, rien de particulier. En avant et à droite, les creux sus et sous claviculaires sont sensibles à la pression ; les vibrations thoraciques ne se perçoivent qu'au niveau du tiers supérieur de l'organe ; dans les deux tiers inférieurs, elles n'existent plus et l'on trouve une matité compacte, absolue. Respiration soufflante dans la région sonore, nulle plus bas. A gauche, phénomènes stéthoscopiques normaux. En arrière et à droite, submatité dans la fosse sus-épineuse, matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base : vibrations thoraciques abolies dans les régions mates ; respiration faible et profonde dans la fosse sus-épineuse, nulle plus bas avec égophonie manifeste et pectoriloquie aphone incomplète. A gauche, respiration supplémentaire. Une ponction exploratrice donne issue à une petite proportion d'un liquide jaune citrin.

Température 37° 5, pouls 92. Une ponction évacuatrice faite immédiatement donne 1750 grammes de liquide jaune citrin.

Rien de particulier pendant l'opération. L'évacuation achevée, application de pointes de feu sur toute la partie postérieure droite du thorax. A partir de ce moment, le malade n'éprouve ni gêne respiratoire, ni douleur ; à son dire, il était complètement guéri. En effet, tous les signes physiques constatés avaient à peu près complètement disparu, il ne restait que de la matité avec absence de murmure vésiculaire à la base de la poitrine et en arrière dans une étendue de quatre travers de doigt ; dans tout le reste de l'organe, les bruits respiratoires sont normaux. Dans la soirée du même jour, la température s'éleva de 37° 5 à 39° sous l'influence de la révulsion probablement énergique, mais ce fut tout. Le traitement fut complété par une potion à base de quinquina et d'alcool.

Le lendemain matin, le malade se trouve très bien, il a passé une nuit excellente. Plus de fièvre. L'examen du thorax fait constater des phénomènes identiques à ceux qui avaient été perçus après

l'opération. Deux jours après, la respiration s'entendait avec quelques frottements pleuraux jusqu'à la base du poumon. Le même examen fut pratiqué chaque jour jusqu'au 18 décembre, époque à laquelle le malade fut autorisé, sur sa demande, à quitter le service de clinique.

Voilà donc un cas remarquable, puisque la guérison de la pleurésie avec retour complet de la respiration peut être considérée comme étant survenue trois jours après le traitement.

OBSERVATION II (M. PICOT)

Pleurésie gauche. Une ponction. Une application de pointes de feu ; guérison en 6 jours.

Servat, 49 ans, charretier. Malade depuis quinze jours. Entré à la clinique le 10 décembre pour un point de côté, de la toux, sans expectoration, et une grande gêne respiratoire. Antécédents personnels : plusieurs atteintes de rhumatisme aigu, sans complications cardiaques, de 15 à 20 ans. Pneumonie à 25 ans. Jaunisse deux ans plus tard. L'an dernier une névralgie intercostale.

Etat à l'entrée : point de côté au-dessous du mamelon gauche, qui s'est accompagné au début de frissons très nombreux. Respiration pénible. Toux sèche, appétit mauvais.

Le côté gauche du thorax présente en avant une voussure manifeste ; vibrations thoraciques perçues dans toute l'étendue du poumon ; à la percussion, son tympanique au niveau du tiers supérieur de l'organe. Respiration suffisante, mais sans râles ni craquements. A droit, rien d'anormal.

En arrière et à gauche : à l'inspection, rien ; à la palpation

disparition des vibrations thoraciques à partir de l'épine de l'omoplate; à la percussion : skodisme dans la fosse sus-épineuse, matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base ; enfin à l'auscultation : respiration soufflante dans la fosse sus-épineuse, souffle tubaire surtout au moment de l'expiration dans la fosse sus-épineuse, et plus bas, silence complet. Pectoriloquie aphone dans toute l'étendue de la matité.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, à deux travers de doigt en dedans du mamelon. Pouls 90. Température axillaire 39°.

On pratique, séance tenante, une ponction évacuatrice, dans le septième espace intercostal, qui donne issue à 1150 grammes d'un liquide citrin. Pas d'accident durant l'opération. La cavité pleurale vidée, l'examen de la cage thoracique fait constater les phénomènes suivants :

En avant et à gauche, sonorité et respiration normales ; soulèvement de la pointe du cœur dans le cinquième espace à un travers de doigt en dedans du mamelon. En arrière : sonorité normale dans toute l'étendue du poumon, sauf à la base où la matité persiste suivant une zone qui s'élève à quatre travers de doigt au-dessus de la limite inférieure du poumon : le souffle tubaire a disparu et le murmure vésiculaire s'entend jusqu'à la limite supérieure de la matité à partir de laquelle l'oreille ne perçoit plus que quelques bruits de frottement, le point de côté n'existe plus et la respiration se fait avec aisance. Des pointes de feu sont appliquées immédiatement sur tout le côté gauche à la partie postérieure de la poitrine.

Le lendemain, 11 décembre, le malade a bien dormi, n'éprouve plus aucune souffrance et se considère comme radicalement guéri. Le liquide ne s'est pas reproduit, les signes stéthoscopiques sont identiques à ceux qui ont été constatés après la ponction, l'état général est très satisfaisant.

Les jours suivants, le liquide ne se reproduit pas chez le malade très attentivement suivi. L'appétit revient, et nous considé-

rons, dès le 16 décembre, que la convalescence est franchement établie.

Sortie du malade complètement guéri, le 19 décembre.

OBSERVATION III (M. PICOT)

Pleurésie gauche. Une ponction. Une application de pointes de feu. Guérison en 4 jours.

Ranfasty, 20 ans, garçon de café, entre à la clinique le 8 janvier 1883. Parents bien portants, n'a jamais été malade. Il y a huit jours, étant en pleine transpiration, il a bu deux grands verres d'eau froide. Depuis, quelques frissons, point de côté au-dessous du mamelon gauche, toux sèche, très pénible avec dyspnée assez intense.

Examen clinique : douleur à la pression exercée au-dessous du mamelon gauche et qui s'irradie dans les parties voisines.

Rien d'anormal en avant et du même côté. En arrière et à gauche, sonorité normale dans les fosses sus et sous-épineuses jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; à partir de là, submatité manifeste jusqu'à la base, et notable diminution des vibrations thoraciques dans la même étendue. Dans les fosses sus et sous-épineuses, respiration normale ; mais à partir de là, affaiblissement du murmure vésiculaire qui est couvert par des bruits de frottement extrêmement nombreux. Ni souffle, ni râles, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

A droite, la plèvre et le poumon sont à l'état normal.

Température 38°. Pouls 86.

Langue saburrale. Inappétence. Pas de vomissements.

Diagnostic : pleurésie sèche, développée sous l'influence du

froid et localisée à la moitié inférieure de la plèvre gauche. Injection de morphine, ventouses sèches à la base du thorax, ponction à base de quinquina et d'alcool.

Le soir, M. Cayla, chef de clinique, constata que la maladie avait fait d'immenses et rapides progrès. Il put, en effet, reconnaître les signes suivants, que nous retrouvions le lendemain matin :

En avant et à gauche, tympanisme dans les deux premiers espaces intercostaux, plus bas, matité compacte et vibrations thoraciques complètement abolies; respiration soufflante dans les régions sonores et nulle dans les régions mates. En arrière, matité qui commence à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate pour s'étendre jusqu'à la base. La respiration très soufflante dans la fosse sus-épineuse ne s'entend plus dans la zone de matité. Absence de souffle, pectoriloquie aphone, légère égophonie.

Une ponction exploratrice ayant amené du liquide, nous fîmes aussitôt une ponction évacuatrice qui donna issue à 820 grammes d'un liquide citrin, fortement albumineux. Immédiatement après la ponction, la poitrine fut recouverte dans la zone de matité, en arrière et latéralement, de pointes de feu, pratiquées à l'aide du thermo-cautère.

À la suite de ce traitement, la dyspnée et le point de côté disparaissent, le poumon reprend son volume ordinaire, les vibrations thoraciques et la sonorité reviennent, et le murmure vésiculaire s'entend jusqu'à la base où l'oreille perçoit en outre quelques bruits de frottement. Pas de fièvre.

Le lendemain 10 janvier, le malade se trouve débarrassé de toute espèce de souffrances, et son affection, dit-il, a été encore plus brusque à disparaître qu'à venir. Le liquide ne s'est pas reproduit, et il n'existe d'autres traces de la pleurésie que quelques frottements.

Le 18 janvier, dix jours après son entrée, le malade quitte l'hôpital complètement guéri; les râles-frottements perçus à la base de la poitrine, pendant quelques jours encore, après l'application de la méthode thérapeutique, ne s'entendent même plus.

OBSERVATION IV (M. PICOT)

*Pleurésie droite. Une ponction. Une application de pointes de feu.
Guérison en 3 jours.*

Lacoste, 19 ans, entre à la clinique le 31 janvier. Depuis 7 jours, frissons répétés, toux tenace, sèche, fièvre, gêne respiratoire considérable. Pas d'antécédents morbides, soit héréditaires, soit personnels.

Rien de particulier à l'inspection de la poitrine en avant et à droite; les vibrations thoraciques sont très affaiblies à droite à partir du deuxième espace intercostal; bruit skodique dans le premier espace, submatité dans les deuxième et troisième, matité dans le reste de la poitrine; souffle tubaire dans les premier, deuxième et troisième espaces, silence respiratoire au-dessous. En arrière, submatité dans la fosse sous-épineuse, matité à partir de l'angle inférieur de l'omoplate; les vibrations thoraciques sont affaiblies dans la région submate, et abolies dans la région mate. Souffle tubaire dans les fosses sus et sous-épineuses, plus bas silence respiratoire; broncho-égophonie. Le côté gauche est sain.

Les autres appareils ont conservé leur fonctionnement régulier. Pas de fièvre, température 38°, pouls 92.

Le diagnostic d'épanchement pleurétique s'impose par le fait, et séance tenante, on pratique une ponction évacuatrice qui donne issue à 1300 grammes de liquide. Après l'opération, on constate le retour de la sonorité en avant avec disparition du souffle. En arrière, la respiration s'entend partout, sauf dans l'étendue d'une main au-dessus de la base. A ce niveau, la matité persiste. Pas

de bronchophonie, ni d'égophonie. Pointes de feu sur toute la partie postérieure droite de la poitrine. Potion tonique. Régime ordinaire.

Le lendemain et les jours suivants, rien ne change dans l'état du malade, qui n'a plus ni fièvre, ni gêne respiratoire. Le liquide ne s'est pas reproduit; la convalescence s'établit franchement; les forces reviennent et, le 13 février, Lacoste quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION V. (M. PICOT)

*Pleurésie gauche. Une ponction. Une application de pointes de feu.
Guérison en 4 jours.*

Saubert, 23 ans, charretier, entre à la clinique le 14 avril 1883. Malade depuis huit jours. Point de côté au niveau du mamelon gauche, nombreux frissons, toux sèche. Aucun antécédent.

Examen clinique: le côté gauche paraît un peu dilaté; il est le siège en avant d'une matité compacte, depuis le premier espace intercostal jusqu'au cinquième, où la sonorité tympanique de l'estomac se rencontre. Les vibrations thoraciques ont disparu à partir de deux travers de doigt à gauche du sternum. Latéralement, la matité existe, aussi compacte, suivant le rebord des fausses côtes, pour aller se confondre, dans le cinquième espace, avec celle de la partie antérieure de la poitrine. En arrière, mêmes signes jusqu'au niveau de l'omoplate, au-dessus de laquelle on rencontre une sonorité notablement affaiblie; dans la même étendue, absence complète de vibrations thoraciques.

En arrière et au sommet, respiration puérile et soufflante; au-dessous de l'épine de l'omoplate, souffle tubaire aux deux temps,

mais particulièrement à l'expiration ; latéralement, silence absolu ; pectoriloquie aphone dans la fosse sous-épineuse, incomplète dans le reste de la poitrine ; broncho-égophonie manifeste. En avant, respiration très-soufflante au sommet, souffle tubaire vers la partie moyenne et silence au-dessous.

A droite, respiration supplémentaire du haut en bas, sans souffle ni râles. Point important à signaler, la matité s'avance vers la droite, dépassant le bord du sternum de trois centimètres au niveau du quatrième espace et de quatre et demi au niveau du cinquième ; elle est due à la présence du cœur déplacé par le liquide pleural.

Les bruits du cœur sont sourds, mais sans modification dans leur timbre et leur rythme. Distension gazeuse de l'estomac et de l'intestin. Urines sans sucre ni albumine, renfermant 17 grammes pour 1000 d'urée.

La thoracentèse pratiquée dans le septième espace, le long du grand dorsal, sur la ligne axillaire, donne issue à 2200 grammes d'un liquide transparent, jaune verdâtre, contenant une proportion considérable d'albumine et seulement quelques globules blancs. Vers la fin de l'évacuation du liquide, le malade est pris d'une quinte de toux légère qui n'inspire toutefois aucune inquiétude. Après la ponction, la ligne de matité produite par le déplacement du cœur le long du bord droit du sternum a disparu et suit maintenant le bord gauche de cet os. La sonorité est complètement revenue en avant, et l'on peut limiter le cœur, dont le bord gauche mesure, depuis le premier espace jusqu'à la pointe, 14 centimètres, le bord droit 15 et le petit axe 8. La pointe bat à deux centimètres en dedans du mamelon, dans le cinquième espace ; les bruits sont normaux.

En arrière, la sonorité n'a reparu qu'à partir d'une ligne passant par l'angle inférieur de l'omoplate ; mais les vibrations thoraciques sont revenues partout, et il est à remarquer que la matité n'est plus horizontale dans sa limite supérieure et qu'elle décrit une ligne parabolique passant par l'angle inférieur de l'omoplate pour aller s'éteindre au point d'intersection de la ligne

axillaire sur les fausses côtes. Le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue de la poitrine, sauf tout à fait à la base, suivant une zone mesurant quatre travers de doigt en hauteur. Dans cette même région, retentissement de la voix, sans égophonie ni pectoriloquie aphone. La matité, ainsi que le silence respiratoire dans cette partie du poumon, sont dûs, selon toute probabilité, à la présence de fausses membranes.

Une centaine de pointes de feu sont appliquées immédiatement à la partie postérieure de la poitrine et on administre une potion à base de quinquina.

Le 17 avril, le malade accuse une amélioration très grande et se considère comme absolument guéri. En avant, sonorité normale ; respiration un peu exagérée. La pointe du cœur occupe la même place qu'hier. En arrière, matité suivant les limites tracées la veille, persistance des vibrations thoraciques. On entend le murmure vésiculaire jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la base, où l'on perçoit quelques frottements. Langue un peu saburrale et rouge sur les bords. Le point de côté persiste seulement à la pression au niveau de la ligne axillaire ; le point douloureux occupant l'émergence du nerf a disparu, pas de fièvre.

Le 18, la guérison se maintient d'une façon absolue. Le malade est soumis au régime ordinaire de la salle.

Le 20, Saubert se lève et fait, sans autorisation, une promenade de trois heures dans les galeries de l'hôpital. Aussi le soir a-t-il un léger accès fébrile. Le lendemain, la respiration est toujours obscure à la base dans l'étendue de quatre travers de doigt ; on craint une reproduction de l'épanchement et on fait faire une ponction exploratrice qui ne donne issue à aucun liquide.

Le 22, la température est presque normale, à 37°8. Je fais donner 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Enfin le 23, le thermomètre accuse le soir 37°2. Le malade n'éprouve aucune souffrance ; il mange et dort bien et continue à sortir tous les jours. Il n'y a plus de crainte de rechute ; la respiration s'entend dans toute l'étendue de la poitrine.

Le 26, l'état général est excellent ; les forces sont revenues et le malade est autorisé à quitter l'hôpital.

OBSERVATION VI. (M. PICOT)

*Pleurésie droite. Une ponction. Une application de pointes de feu.
Guérison en 10 jours.*

Steiner, 19 ans, manœuvre, entre à la clinique, le 14 juin 1883 avec une température élevée, un point de côté au niveau de la dixième côte droite, une toux très-pénible, sèche. A eu des fièvres intermittentes.

Examen du thorax : En arrière, le malade étant assis, la partie droite de la poitrine, depuis l'angle inférieur de l'omoplate paraît un peu bombée. A partir de l'épine de l'omoplate, les vibrations diminuent pour disparaître totalement vers l'angle inférieur du même os. Diminution notable de sonorité dans les fosses sus et sous-épineuses et la gouttière vertébrale ; à partir d'une ligne passant par la moitié de la fosse sous-épineuse, matité absolument compacte jusqu'à la base ; sur la partie latérale du tronc, submatité jusqu'au niveau de la quatrième côte, à partir de laquelle matité absolue ; en avant depuis la cinquième côte, matité jusqu'au foie. A l'auscultation, on trouve le murmure vésiculaire affaibli dans la moitié supérieure du poumon jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse, avec pectoriloquie aphone très-distincte et véritable voix de polichinelle ; plus bas, silence complet.

En avant, le malade étant couché, sonorité diminuée dans les premiers espaces intercostaux, sans tympanisme ; vibrations thoraciques conservées jusqu'au quatrième espace intercostal ; respiration faible dans les régions supérieures, absence de bruit respiratoire au-dessous de la cinquième côte.

Le foie n'est pas déplacé. Rien au cœur ni dans les autres organes.

Traitement : vésicatoire, potion tonique.

Le 15, malgré l'application du vésicatoire, l'épanchement a augmenté depuis hier dans des proportions considérables ; il a au moins doublé. L'état est le même.

Le 18, même état. Température 39°, pouls 100.

Le 19, ponction évacuatrice qui donne issue à 1,600 grammes de liquide ; immédiatement après, pointes de feu sur toute la partie postérieure droite de la poitrine. L'examen fait constater l'état suivant : sonorité en avant dans toute l'étendue, respiration un peu exagérée ; en arrière, sonorité jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, vibrations thoraciques, respiration nette dans la même étendue ; plus bas, matité due probablement aux fausses membranes, quelques frottements, respiration extrêmement faible ; sans bronchophonie ni égophonie.

Les 22 et 23, l'état du malade reste sensiblement le même.

Le 24, les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire existent jusqu'à la base. La matité est moins compacte, mais n'a pas disparu complètement.

Le 26, le liquide n'est pas reproduit. Le malade mange bien, dort bien, n'a pas de fièvre, et demande à quitter l'hôpital.

OBSERVATION VII (M. PICOT)

Pleurésie gauche. Une ponction. Une application de pointes de feu. Guérison en 14 jours

Leray, Marie, journalière, 37 ans, entre à l'hôpital St-André le

Louis Gourichon

1^{er} octobre 1883. Elle se plaint d'une toux fréquente sans expectoration. La peau n'est pas chaude; le pouls est normal, la langue légèrement saburrale.

Elle est malade depuis huit jours. Le 24 septembre, frisson violent qui dure trois heures. Celui-ci passé, elle n'a rien éprouvé d'anormal et s'est crue guérie; mais le 26, elle a senti subitement un point de côté qui a rendu sa respiration pénible; toux sèche. Le 27, cet état s'est aggravé; la toux, le point de côté sont devenus plus intenses; la malade ne peut se coucher sur le côté douloureux et vient à la consultation de l'hôpital. On lui prescrit une potion diurétique et un vésicatoire. Sous l'influence de celui-ci, le point de côté disparaît et la malade se trouve très-soulagée; mais la toux sèche, survenant par quintes très-pénibles, persiste. C'est pour cela que la malade entre à l'hôpital le 1^{er} octobre.

Marie Leray ne sait à quoi attribuer son mal. C'est une femme assez robuste qui n'a jamais été malade.

Examen clinique: la malade est manifestement gênée pour respirer; mais le point de côté a disparu, et elle se trouverait bien sans cette toux opiniâtre qui la fatigue beaucoup.

Rien de particulier à signaler à l'inspection de la poitrine, sauf un soulèvement incomplet du côté gauche; pas de voussure, soit en avant soit en arrière.

Abolition des vibrations thoraciques dans toute l'étendue du côté gauche, sauf en avant, dans une région correspondant aux trois premiers espaces intercostaux.

Percussion: en avant, sous la clavicule, tympanisme très-net, dans une étendue qui serait limitée en bas par une ligne courbe à convexité inférieure partant du milieu de la clavicule et allant aboutir à l'union de la quatrième côte avec le sternum; cette ligne marque la limite supérieure de la matité; au-dessous et à gauche de cette courbe, sous l'aisselle ainsi qu'en arrière, du sommet à la base, tout est mat.

Auscultation: La respiration ne s'entend en avant que dans la région tympanique déjà signalée, et en arrière, mais faiblement, au sommet, où elle est accompagnée de quelques ronchus. En

dedans de l'épine de l'omoplate, on perçoit, aux deux temps de la respiration, plus accusé cependant à l'expiration, un souffle tubaire qui s'entend dans une assez grande étendue ; on le perçoit encore, quoique très-affaibli, à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate jusqu'à la ligne axillaire ; au-dessous, silence complet. Bronchophonie et pectoriloquie aphone très-marquées sur tout le long du bord spinal de l'omoplate. Egophonie qui devient de plus en plus nette à mesure que l'on descend vers la base de la poitrine.

Du côté droit, sonorité normale, respiration pénible.

On ne sent ni on ne voit battre la pointe du cœur : le creux épigastrique est un peu soulevé cependant, mais vaguement ; les battements sont sourds, sans retentissement métallique, réguliers, sans souffle.

Température 38°6, pouls faible, mais régulier. Etat général satisfaisant.

Traitement : vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine ; potion tonique (extrait de quinquina).

2, 3 et 4 octobre. — Même état. L'épanchement ne diminue pas, la température oscille autour de 38°5.

5 octobre. — Je pratique la thoracentèse qui donne issue à 2.400 grammes d'un liquide citrin, transparent, renfermant beaucoup d'albumine ; au bout d'un quart d'heure, ce liquide est déjà en partie coagulé.

Résultat de l'examen après la ponction : Sonorité à peu près normale, sauf à la base, en arrière, dans l'étendue de quatre travers de doigt, où il existe de la submatité. — Respiration normale en avant ; nombreux râles, frottements en arrière dans toute l'étendue ; le souffle a disparu.

Immédiatement après la ponction, on pratique des pointes de feu du haut en bas de la poitrine, en arrière et latéralement.

On continue la potion tonique.

Le soir, la malade se trouve soulagée ; cependant la température s'est élevé à 39°8, probablement du fait de l'application des pointes de feu. Les râles-frottements qu'on entendait le matin, immédiate-

ment après la ponction, ont à peu près disparu ; la respiration est presque normale ; elle est seulement un peu voilée à la base.

6 octobre. — A partir de trois travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, diminution assez marquée de sonorité, au-dessous de ce point, respiration voilée ; puis à deux travers de doigt au-dessus de la base, silence respiratoire. Légère égophonie. En somme, il existe une petite quantité de liquide pouvant être évaluée à 200 grammes environ. Température, le matin 38°2 ; le soir 39°4.

7 et 8 octobre. — Le même état persiste, Température, le matin 38° ; le soir 39°2.

9 octobre. — Quelques frottements au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; petite zone de matité à la base avec silence respiratoire ; les vibrations thoraciques sont perceptibles dans presque toute l'étendue. Non-seulement, l'épanchement n'a pas augmenté, mais il a, au contraire, une tendance à diminuer. Température : le matin 37°8 ; le soir 38°8.

10 octobre. — Température : le matin 38°4 ; le soir 39°.

11 octobre. — Vibrations thoraciques revenues de haut en bas ; respiration reste un peu voilée tout à fait à la base. Température, le matin 38°6 ; le soir 38°8.

12 et 13 octobre. — La malade va de mieux en mieux. Température normale.

14 octobre. — La respiration s'entend très-bien jusqu'à la base ; sonorité revenue.

15 octobre. — La malade peut être considérée comme complètement guérie ; il ne reste plus qu'une petite toux sèche.

20 octobre. — La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VIII (M. PICOT). (*Résumé.*)

*Tuberculose aiguë. Épanchement pleural gauche. Une ponction.
Pointes de feu. Guérison de l'épanchement en 3 jours.*

Pailhès, 29 ans, portefaix. A eu, il y a 3 mois, une pleurésie dont il a bien guéri. Malade depuis huit jours. Entré à l'hôpital, le 27 décembre, avec un état typhoïde qui est dissipé le 10 janvier; à ce moment le diagnostic de tuberculose miliaire aigu se confirme.

Le 20 janvier, respiration pénible, toux sèche. Au sommet du poumon gauche et en avant, sonorité skodique surtout dans les trois premiers espaces intercostaux; submatité à droite dans le premier espace. Dans la région tympanitique, suppression du murmure vésiculaire; du côté opposé, expiration prolongée simplement. Ni râles ni craquements. En arrière et à gauche, matité absolue, disparition des vibrations thoraciques, broncho-égophonie sans pectoriloquie aphone, depuis l'épine du scapulum. A gauche donc, pleurésie avec épanchement. Thoracentèse et cautérisations au fer rouge, à la suite duquel le tympanisme disparut en avant et les vibrations thoraciques reparurent en arrière avec le bruit respiratoire, sauf tout à fait à la base, suivant une zone de quatre travers de doigt; 2050 grammes de liquide furent évacués.

23 janvier. — L'épanchement ne s'est pas reproduit.

20 février. — Mort. Granulations grises dans les deux poumons. Pas traces d'épanchement dans la plèvre gauche.

OBSERVATION IX (D^r GRAUX). (Résumée.)

*Pleurésie chez une femme en couches, 15 ponctions en 10 semaines.
Cautérisations ponctuées à partir de la 11^e. Guérison au bout
d'un mois.*

Le 25 février 1882, je suis appelé en consultation par le docteur Avezou auprès de Mme G..... arrivée au terme d'une grossesse fort pénible dans les derniers mois, et qui se plaignait depuis plus d'un mois de grande gêne respiratoire et de point de côté.

La malade est en travail. Entre deux douleurs, on constate ce qui suit : matité absolue avec résistance au doigt jusque sous la clavicule droite, à droite, voussure très prononcée du côté droit ; orthopnée ; à l'auscultation, absence totale de la respiration dans toute la hauteur du poumon droit ; en somme, tous les signes d'un épanchement considérable, probablement séreux (en raison de l'absence de signes de purulence et en raison de la pectoriloquie aphone constatée jusqu'à la partie inférieure de la poitrine).

Expectation armée.

La malade accouche normalement en 7 ou 8 heures. Immédiatement, la dyspnée très atténuée par la déplétion abdominale. La malade se trouve mieux pendant deux jours. Mais trois à quatre jours après, tous les symptômes thoraciques reprenaient leur gravité.

2 mars. — Cinq jours après l'accouchement : Insomnie, orthopnée, toux pleurétique fréquente. Ni frissons, ni fièvre.

Matité et grande résistance au doigt, dans toute la hauteur du côté droit de la poitrine, en arrière comme en avant et jusque sous la clavicule. Très peu d'abaissement du foie. Mais plusieurs signes du refoulement du médiastin vers la gauche ; matité com-

plète en arrière du sternum ; très grande gêne de la déglutition ; pointe du cœur dévié en dehors du mamelon. Voussure très prononcée de la paroi thoracique. Pas d'œdème de cette paroi. Silence absolu à l'auscultation, abolition des vibrations. La pectoriloquie aphone s'entend jusqu'au bas de l'épanchement.

Pouls filiforme, irrégulier, fuyant et témoignant d'une grande gêne du cœur. Il y a eu la veille et dans la nuit, des sortes d'évanouissements, presque des syncopes

Ponction avec l'appareil Potain, toutes les précautions antiseptiques étant prises : cinq litres d'un liquide citrin légèrement rosé, d'excellente nature, sont retirés. L'évacuation est menée lentement, avec des temps d'arrêt et n'est pas poussée à fond.

Grand soulagement après la ponction. Pendant trois jours la malade est bien ; dès le quatrième, la dyspnée reparaît ; les signes d'un épanchement aussi abondant que le premier sont au complet dès le cinquième jour. Aucun frisson ni accès fébrile.

13 mars. — Les évanouissements reparaissent. Pouls filiforme, irrégulier. Deuxième ponction qui donne issue à cinq litres d'un liquide absolument analogue au premier.

Même résultat qu'après la première ponction : bien-être pendant cinq jours, au bout desquels l'épanchement paraît redevenu aussi abondant.

24 mars. — Troisième ponction : 4 litres $1/2$. Même liquide, même bien-être, même résultat qu'après les deux premières ponctions.

3 avril. — Quatrième ponction : 4 litres $1/2$; même liquide que précédemment.

A partir de ce jour, il est résolu d'évacuer le liquide tous les deux jours.

5 avril. — Cinquième ponction : 2 litres $1/2$ d'un liquide qui présente toujours le même aspect. On interrompt l'évacuation à cause de la toux et des tiraillements qu'éprouve la malade.

7 avril. — Sixième ponction : 1 litre $1/2$. Liquide très rose, nettement hémorrhagique, très fébrileux.

L'état général est meilleur depuis les ponctions répétées.

Après cette 7^e ponction, le liquide bat pour la première fois à sa place. La respiration s'entend dans les 2/3 supérieurs de la poitrine en arrière. Matité complète dans le tiers inférieur. En avant, pour la première fois, nous constatons un peu de sonorité sous la clavicule.

9 avril. — La matité occupe plus de la moitié inférieure de la poitrine. Septième ponction : on arrête volontairement l'écoulement au bout de 2 litres.

11 avril. — Très bon état général. Huitième ponction : on arrête l'écoulement au bout de 2 litres, bien que celui-ci soit encore abondant et rapide, et qu'il n'y ait ni toux ni tiraillements. Liquide rosé.

13 avril. — Sonorité bonne dans les 2/3 supérieurs de la poitrine, en arrière ; la respiration s'entend bien à ce niveau ; souffle et matité dans le tiers inférieur seulement. Etat général excellent. L'épanchement commence à se reproduire moins rapidement.

Neuvième ponction : 850 gr. d'un liquide louche qui, par le repos, forme un dépôt purulent.

A partir de ce moment, la thoracentèse ne sera pratiquée que lorsque l'épanchement sera évalué à deux litres.

18 avril. — La malade mange beaucoup plus et reprend des forces. La matité occupe la moitié environ de la poitrine. Dixième ponction : 3 litres. Le liquide par le repos laisse toujours déposer du pus.

22 avril. — La matité s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate. Onzième ponction : 1 litre 3/4. Même liquide.

Les diurétiques et les révulsifs cutanés, essayés au début et abandonnés, sont repris. Il est arrêté qu'on fera tous les deux jours *une vaste cautérisation ponctuée avec le thermocautère*.

27 avril. — Mêmes des signes physiques. Douzième ponction : 1250 grammes d'un liquide moins trouble que celui de la dernière opération. Bon état général. Appétit. Sommeil. La malade commence à se lever.

4 mai. — Matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Treizième ponction : 1 litre 1/2. Liquide rose, séreux, complètement limpide.

11 mai. — Quatorzième ponction : un litre.

22 mai. — Quinzième ponction : 900 grammes de liquide citrin. Les pointes de feu sont continuées tous les deux jours pendant près d'un mois.

Depuis lors, l'état général s'améliora progressivement. Quant à l'état local, on trouva pendant un certain temps de l'obscurité du son et de la faiblesse du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit. Aujourd'hui, la respiration est pure à ce niveau, il n'y a pas de frottement ; pas de rétraction de la paroi thoracique. Aucun signe de tuberculose. Etat général excellent.

OBSERVATION X (*inédite*)

(Prise dans le service de M. Dreyfus-Brisac). Pleurésie droite. Trois ponctions. Deux applications de pointes de feu. Guérison au bout de 22 jours.

Mach....., 20 ans, opticien, entre à l'hôpital Tenon, salle Pidoux, lit 22, le 11 février 1884.

Père et mère morts de la poitrine.

D'une bonne santé habituelle. A eu dans l'enfance la gourme et mal aux yeux.

12 février. — Le malade nous raconte qu'il y a six semaines, il a été pris d'un violent point de côté à droite qui a duré une vingtaine de jours. Depuis huit ou dix jours, il a quelques frissons dans l'après-midi, un sentiment de faiblesse, une toux sans expectoration, une dyspnée assez vive.

Examen de la cage thoracique ; en avant, la sonorité est conservée dans les deux poumons. Pas de skodisme. A l'auscultation, la respiration est normale, sauf au sommet gauche où le murmure vésiculaire n'a pas sa mollesse ordinaire et s'entend mal. En

Louis Gourichon

arrière, matité absolue dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. A ce niveau, on constate un aplatissement thoracique très marqué. Diminution considérable des vibrations thoraciques dans le tiers moyen, abolition complète dans le tiers inférieur. Le murmure vésiculaire est très affaibli, mais se perçoit cependant. Pas de souffle, pas d'égophonie. La respiration s'entend normale dans le tiers supérieur du poumon droit en arrière et dans toute la hauteur du poumon gauche. Le foie n'est pas abaissé.

En présence de ces signes, on porte le diagnostic d'épanchement pleural droit. Mais celui-ci a évolué d'une façon lente et il est difficile d'indiquer l'époque à laquelle il remonte à cause de l'aplatissement thoracique, et la quantité à cause des signes fournis par l'auscultation.

L'état général n'est pas très-brillant. Le malade est pâle, anémié ; inappétence, sueurs la nuit, un peu de fièvre 38°5. On a des soupçons de tuberculose à cause de ses antécédents.

On pratique une *ponction* avec l'appareil Potain et on retire 500 grammes d'un liquide légèrement hématique. Le malade a des quintes de toux qui nous forcent d'arrêter l'évacuation.

13 février. — Mêmes signes qu'hier, malgré la ponction.

17 février. — Mêmes signes que précédemment. Nous pratiquons une *seconde ponction* qui donne issue à 950 grammes d'un liquide clair, citrin, nullement hématique. Nous sommes forcé d'interrompre à cause des quintes de toux dont est pris le malade. Après la ponction, les signes physiques persistent. Une *centaine de pointes de feu* sont aussitôt appliquées en arrière et à droite dans les deux tiers inférieurs. La température, qui était de 38° le matin, ne remonte pas le soir.

25 février. — On entend un peu mieux la respiration en arrière et à droite, mais il y a toujours de la diminution des vibrations thoraciques dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière ainsi que de la matité ; ni souffle ni égophonie.

27. — Les signes stéthoscopiques ne s'étant pas modifiés, nous pratiquons une *troisième ponction* : 1000 grammes d'un liquide séro-citrin sont retirés. La matité a fait place à la submatité

dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière ; la respiration s'entend mieux ; ni souffle, ni égophonie. Les vibrations thoraciques se perçoivent mieux. Ni souffle, ni égophonie. Nous appliquons *soixante pointes de feu* en arrière et à droite. T. 38° matin et soir.

5 mars. — Le malade va beaucoup mieux depuis la dernière ponction. Les signes physiques sont les suivants: diminution des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière, submatité dans la même étendue. La respiration s'entend beaucoup mieux que précédemment. Toujours ni souffle ni égophonie.

Les sueurs qui existaient auparavant ont cessé. L'appétit est revenu. La température est normale. Le malade n'a plus de dyspnée; l'amaigrissement cesse et le pleurétique se lève presque toute la journée. La pleurésie peut être considérée comme guérie.

Les jours suivants, il ne survient rien de nouveau chez notre malade.

24 mars. — Le malade part pour Vincennes.

Voici quel est son état :

Etat général: bon. Pas de sueurs. Forces revenues. Appétit excellent. Pas de dyspnée. Pas de toux.

Etat local: submatité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière. Diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire à ce niveau, aplatissement thoracique toujours très-marqué à droite et en arrière. La respiration est normale, même aux sommets, dans le reste de la poitrine.

OBSERVATION XI (*Inédite*) (*prise dans le service de*
M. DREYFUS-BRISAC)

Pleurésie droite. Une ponction avec issue de liquide, Deux ponctions blanches. Une application de pointes de feu. Persistance des signes d'épanchement sans épanchement.

Mong..., 25 ans, charpentier, entre à l'hôpital Tenon, le 2 mars 1884, salle Trousseau, lit 28.

A eu les fièvres intermittentes à Rochefort pendant onze mois en 1879-80.

Père bien portant, mère morte à 62 ans, asthmatique.

D'une bonne santé habituelle. Il y a 15 jours, a eu un refroidissement. Point de côté à droite à ce moment et qui persiste encore, frissons répétés, perte d'appétit, un peu de fièvre, légère dysnée, toux sèche, quinteuse.

2 mars. — A la percussion de la poitrine, matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière ainsi que dans toute la hauteur de l'aisselle. Diminution des vibrations thoraciques dans le tiers moyen du poumon droit en arrière, abolition complète dans le tiers inférieur. Rien à signaler à l'inspection ; à l'auscultation, on a le bruit de souffle doux, voilé, lointain de la pleurésie, dans les deux tiers inférieurs du poumon en arrière à la fin de l'expiration ; la respiration s'entend bien dans le tiers supérieur. Egophonie. Souffle pleurétique et égophonie dans l'aisselle.

Poumon gauche normal à la percussion et à l'auscultation, en avant et en arrière.

En avant, augmentation de la sonorité à la percussion, sous la clavicule droite. La respiration s'entend de haut en bas dans les deux poumons en avant.

Rien au cœur, rien dans les urines.

Le foie n'est pas abaissé.

Bon état général, pas de fièvre, appétit conservé

Traitement : lait, chiendent nitré.

5 mars. — Mêmes signes. L'épanchement ne semble ni augmenté ni diminué. *Ponction* avec l'appareil Potain : on retire 1060 grammes d'un liquide légèrement hématique dont on extrait un caillot fibrineux par l'expression. Après la ponction, la sonorité existe dans la moitié supérieure du poumon droit en arrière ; on entend la respiration dans toute cette partie ; les vibrations thoraciques se perçoivent mieux dans le tiers moyen ; elles sont abolies dans le tiers inférieur où persistent le souffle à l'expiration et l'égophonie. *Une centaine de pointes de feu* sont appliquées en arrière dans la moitié inférieure du poumon droit.

8 mars. — Matité à la percussion dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière et dans l'aisselle. Abolition des vibrations thoraciques dans le tiers inférieur.

La respiration s'entend dans le tiers supérieur ; elle est très faible et s'entend à peine dans le reste du poumon. Pas de souffle, mais égophonie.

16. — Mêmes signes que précédemment auxquels s'ajoute du souffle pleurétique. En présence de ces signes manifestes d'épanchement, on pratique avec l'appareil Potain une *seconde ponction* qui, cette fois, est *blanche*.

17 et 18. — Pendant ces deux jours, on fait une *ponction exploratrice* avec la seringue de Pravaz, là où on entend du souffle et de l'égophonie et on ne retire rien.

Le 18. — On applique un large vésicatoire.

24. — Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière. Abolition des vibrations thoraciques dans le tiers inférieur, diminution dans le tiers moyen. Respiration très faible dans toute cette zone de matité. Egophonie. En un mot, tous les signes d'un épanchement modéré. M. le Dr Tapret, médecin des hôpitaux, qui examine le malade conclut, comme notre chef de service, à la présence d'un épanchement. Il fait une *ponction exploratrice* et ne

retire qu'une petite quantité de sang mélangé à des bulles d'air.

30. — Mêmes signes physiques que précédemment. Sueurs la nuit. Appétit médiocre.

10 avril. — Appétit revenu. Disparition des sueurs. Diminution des vibrations thoraciques dans le tiers moyen, abolition dans le tiers inférieur. Matité dans les deux tiers inférieurs. Diminution du murmure vésiculaire. Egophonie. On fait dans le 8^e espace intercostal droit, une 3^e *ponction* qui, cette fois encore, est *blanche*. Le trocart n'est pas libre : on sent qu'il traverse un tissu résistant.

12. — Vésicatoire à droite.

19. — Sortie du malade sur sa demande. L'état général est bon. Pas de fièvre. Pas de dyspnée. Appétit excellent. Le malade se plaint de tiraillements dans le côté droit. Voici son état local : submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière. Diminution considérable des vibrations thoraciques. Le murmure vésiculaire s'entend de haut en bas, mais affaibli. Pas de souffle. Pas d'égophonie. Il doit y avoir une coque épaisse de fausses membranes.

OBSERVATION XII (*Inédite*) (*prise dans le service de*
M. DREYFUS-BRISAC)

Pleurésie droite hémorrhagique. Quatre ponctions. Quatre applications de pointes de feu. Guérison au bout de 13 jours.

Le nommé Jud..., 79 ans, cantonnier ; entre le 11 avril 1884, salle Trousseau, lit n° 9.

Ce malade est d'une bonne santé habituelle; il est souffrant depuis un mois. A cette époque, il ressentit en travaillant un froid assez vif, puis un point de côté au niveau du mamelon droit. Il

eut un léger mouvement fébrile pendant la nuit et le jour suivant. La toux devint fréquente, sans expectoration. La dyspnée, peu intense au début, augmentait de jour en jour. Le malade néanmoins continuait à travailler. Mais, le 10 avril, il fut forcé de s'arrêter, car, au moindre effort, il ne pouvait plus respirer.

A l'examen du malade, on constate les phénomènes suivants :

A l'inspection, on voit que le malade respire difficilement, les mouvements respiratoires sont superficiels. En arrière et à droite, le thorax est dilaté.

A la palpation, diminution des vibrations thoraciques au tiers moyen du poumon droit en arrière; absence complète au tiers inférieur.

A la percussion, submatité dans le tiers moyen du poumon droit, matité absolue à la base.

A l'auscultation, à droite et en arrière, diminution du murmure vésiculaire dans les deux tiers inférieurs. Pas de souffle. Pas d'égonphonie.

En avant, sous la clavicule droite, on obtient à la percussion du son skodique. La respiration et la sonorité sont normales dans le poumon droit en avant, et dans toute la hauteur du poumon gauche en avant et en arrière. Pas d'abaissement du foie.

Pas de fièvre. Appétit diminué mais conservé. Artères athéromateuses. Bruits du cœur normaux. Rien dans les urines.

13 avril. — La dyspnée a considérablement augmenté. Le malade a de l'orthopnée. Les signes physiques sont cependant les mêmes que la veille. Ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz : on retire de la plèvre un liquide sanguinolent. *Ponction aspiratrice* avec l'appareil Potain : on retire 1100 grammes de liquide sanguinolent. A ce moment, le malade se met à tousser et on cesse immédiatement. On applique aussitôt *une centaine de pointes de feu* en arrière et à droite. Dans l'après midi, le malade s'est trouvé très-soulagé. La dyspnée avait diminué de beaucoup. Le soir, la température n'a pas remonté. La nuit fut bonne, mais vers le matin, la gêne respiratoire reparut.

14. — *Deuxième ponction*, on retire 1000 grammes d'un liqui-

de moins hémorrhagique que la veille. On cesse à cause de la toux qui apparaît. *Deuxième application de pointes de feu* sur le poumon droit en arrière.

Avant la ponction, les signes stéthoscopiques étaient les mêmes que le jour de l'entrée : le murmure vésiculaire cependant s'entendait un peu mieux dans la moitié inférieure et postérieure du poumon droit. Après la ponction, la matité n'existe plus qu'à la base dans une étendue de cinq bons travers de doigt; dans cette région, les vibrations thoraciques sont absentes et le murmure vésiculaire est diminué mais se perçoit nettement. Mais la sonorité et la présence des vibrations thoraciques existent dans les deux tiers supérieurs, ainsi que la respiration normale.

Le reste de la journée et la nuit fut assez bon. Mais toujours vers le matin, réapparition de la dyspnée. Toutefois elle est moins intense que les jours précédents.

Le soir, après la ponction et l'application des cautérisations ponctuées, la température est restée à la normale.

16. — La matité n'ayant pas diminué dans le tiers inférieur et la dyspnée existant encore, on fait une *troisième ponction*. Le liquide coule difficilement. Il est beaucoup moins sanguinolent que celui résultant des deux premières ponctions : on en retire environ 600 grammes. Mais à ce moment la toux apparaît. Troisième application de pointes de feu. Après la ponction, la sonorité existe dans toute la hanteur du poumon droit sauf à la base dans une étendue de quatre travers de doigt où la matité a fait place à la submatité et où les vibrations thoraciques se perçoivent mais diminuées. L'auscultation fait entendre des frottements très-nombreux et très rudés, surtout à la base.

17. Le malade a dormi un peu pendant la nuit ; la dyspnée est moins forte; mais il se plaint très vivement de la douleur causée par les cautérisations ponctuées.

Les vibrations thoraciques existent à la partie postérieure du poumon droit mais diminuées. A la percussion, sous la clavicule, le son skodique a disparu. A l'auscultation, toujours de nombreux frottements à la base, mais moins rudes qu'hier.

18. La gêne respiratoire a presque complètement disparu. Le murmure vésiculaire, affaibli un peu il est vrai, à la base où il s'accompagne de frottements, s'entend dans toute la hauteur du poumon.

21. Matité à la base du poumon droit dans une zone de quatre travers de doigt ; à ce niveau, les vibrations thoraciques sont presque abolies, la respiration est faible. Pas de souffle, pas d'égophonie, pas de dyspnée. Le liquide s'est évidemment reproduit en petite quantité. Par une ponction exploratrice, on retire un liquide séro-citrin qui vient confirmer la présence de l'épanchement. Puis une quatrième thoracentèse est pratiquée qui donne issue à 300 grammes d'un liquide assez clair au début, mais sanguinolent à la fin. Quatrième application des pointes de feu après la ponction (une trentaine).

Ainsi, sous l'influence des ponctions répétées et de l'application énergique de pointes de feu, le liquide de l'épanchement, d'hémorrhagique qu'il était au début, est devenu franchement séreux et citrin. Quant à la teinte sanguinolente du liquide qui vient à la fin de cette dernière ponction, elle tient probablement à l'évacuation complète du liquide contenu dans la plèvre et à la fragilité extrême des vaisseaux développés dans les fausses membranes.

22. Le murmure vésiculaire est toujours diminué à la base ainsi que les vibrations thoraciques et la sonorité. Le malade est plus anxieux que la veille. Pas de souffle ni d'égophonie, mais frottements très-nombreux à la base. Tendance manifeste à faire des fausses membranes.

23. La respiration s'entend de haut en bas, un peu affaiblie seulement à la base. Les vibrations thoraciques se perçoivent bien ; elles sont seulement un peu diminuées en bas. Pas de souffle, pas d'égophonie. Toujours des frottements. Pas la moindre dyspnée. Le malade peut être considéré comme guéri de sa pleurésie. L'état général est excellent.

25. La sonorité de la poitrine laisse toujours à désirer à la base. Diminution de vibrations thoraciques à ce même niveau. Frottements à l'auscultation. Un peu de dyspnée.

28. Même état.

1^{er} mai. Rien de nouveau n'est survenu chez notre malade. La dyspnée a disparu. A la partie inférieure du poumon droit, quelques frottements. Bon état général.

25 juillet. Etat général parfait. La respiration s'entend très bien dans toute la hauteur du poumon droit, sauf tout à fait à la base où elle est affaiblie et où il y a de la submatité. Les vibrations thoraciques se perçoivent très bien.

N. B. Ce malade qui n'a pas été renvoyé encore du service, à cause de son grand âge, a été pris le 2 août dans le sixième espace intercostal droit, d'un zona très intense qui a duré trois semaines. Les douleurs n'ont pas persisté, après la disparition de l'éruption.

OBSERVATION XIII (Inédite) (*prise dans le service de M. Dreyfus-Brisac*)

Pleurésie gauche traumatique chez un tuberculeux. Deux ponctions. Deux applications de pointes de feu. Guérison en 15 jours.

Mich. ., 39 ans, ciseleur, entre à l'hôpital Tenon le 20 juin 1884. salle Trousseau, lit 21. Son père est mort à 59 ans de diarrhée chronique, sa mère à 74 d'une hémorrhagie cérébrale. Quant à lui, il a comme antécédents personnels : une hémoptisie qui lui est survenue il y a cinq ans, à la suite d'un violent effort; il en a eu une seconde, il y a un an, sans cause appréciable. Il se porte très bien habituellement, affirme-t-il.

Il y a quinze jours, en portant un lourd fardeau, il est tombé sur le côté gauche de la poitrine, celui-ci se heurtant contre un corps résistant. Le lendemain, il a une vive douleur au niveau du

mamelon gauche, quelques frissons, de la dyspnée qui n'a fait que s'accroître de jour en jour et pour laquelle il entre à l'hôpital. Le malade n'a pas craché de sang après son accident. On ne constate pas de fractures de côtes.

21 juin. Douleur très vive dans le côté gauche, exagérée par la pression, au niveau du mamelon. A l'inspection, le côté gauche du thorax présente en arrière une voussure manifeste. A la percussion, en arrière et à gauche, matité dans toute la hauteur du poumon gauche, matité absolue, *tanquam percussi femoris*. Les vibrations thoraciques sont très diminuées dans les deux tiers supérieurs, abolies dans le tiers inférieur. A l'auscultation, on trouve un souffle aigre, rude, dans les deux tiers inférieurs du poumon; dans le tiers supérieur, on constate de gros craquements et des râles sous-crépitants. L'auscultation de la voix fait plutôt entendre de la broncho-égophonie que de l'égophonie pure. Dans toute la hauteur de l'aisselle gauche, matité, diminution des vibrations thoraciques et souffle pleurétique. En avant, à la percussion, on a du côté gauche de la matité dans toute la hauteur du poumon; diminution des vibrations thoraciques et souffle pleurétique. Au sommet gauche, frottements et râles sous-crépitants assez nombreux.

Le poumon droit en avant et en arrière ne présente rien de particulier. La respiration y est supplémentaire.

Le cœur est déplacé; il est refoulé sous le sternum dont il dépasse le bord gauche d'un bon travers de doigt. Il bat régulièrement, un peu vite; les bruits sont normaux; pas de souffle aux orifices. Pouls petit, mais régulier.

La dyspnée du malade est vive; la toux est fréquente et s'accompagne d'une expectoration muco purulente ressemblant à des crachats de bronchite.

Sueurs la nuit. Fièvre peu vive: la température oscille autour de 38°. Peau moite.

La langue est blanche, mais humide, l'appétit peu considérable. Les urines sont rares, colorées, mais ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic n'est pas douteux : on a affaire à une pleurésie gauche d'origine traumatique chez un sujet dont l'état antérieur était bon, du moins en apparence. Il n'en est pas moins vrai que les signes constatés au sommet gauche en avant et en arrière, et les hémoptisies antérieures nous font tenir sur la réserve et nous font songer à une pleurésie développée chez un sujet tuberculeux. Etant donné les symptômes physiques, cette pleurésie est abondante, et la quantité de l'épanchement est évaluée à trois litres environ. En présence de ces phénomènes dyspnéiques, du déplacement du cœur, il n'y a pas d'hésitation possible pour le traitement : la ponction est urgente, elle est pratiquée sur-le-champ. Une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz nous fait constater la nature du liquide auquel nous avons affaire et qui est ici séreux, citrin, de bonne nature. Nous retirons 1500 grammes de ce liquide avec l'appareil Potain et nous nous arrêtons spontanément.

Immédiatement après cette ponction, nous appliquons une centaine de pointes de feu sur le côté gauche en arrière et dans l'aisselle. Le cœur revient vers sa place normale, sans toutefois l'occuper complètement. Sa pointe bat encore à deux bons travers de doigt en dedans du mamelon.

Le malade éprouve un soulagement immédiat. La dyspnée est beaucoup moins vive.

22 juin. Le malade a passé une bonne nuit ; la température, hier soir, ne s'est ni élevée, ni abaissée.

Voici les signes stéthoscopiques :

Submatité en avant et à gauche, dans toute la hauteur, mais plus de souffle ; les vibrations thoraciques sont toujours diminuées ; mais au souffle pleurétique a succédé le murmure vésiculaire qui se perçoit très-nettement mais affaibli. En arrière, la matité et le souffle persistent, moins intenses qu'hier, avec broncho-égophonie dans les deux tiers inférieurs. Dans l'aisselle, souffle et matité.

Le cœur bat à trois travers de doigt en dedans du mamelon ; il n'est pas à sa place normale. Encore un peu de dyspnée.

Nous faisons une deuxième ponction et nous retirons 1000 grammes de liquide séro-citrin. Le cœur revient à sa place normale. La plèvre est complètement évacuée. On applique une centaine de pointes de feu en avant et à gauche.

23. La fièvre a été de 38° hier soir comme hier matin.

24. Plus de dyspnée. T. 38°.

L'appétit revient et le malade mange un degré.

Examen thoracique : En arrière et à gauche, submatité dans toute la hauteur du poumon, sauf au sommet, où il y a une matité absolue. Les vibrations thoraciques existent mais un peu affaiblies. Pas de souffle. Pas d'égophonie. A l'auscultation, frottements très-nombreux à l'inspiration et à l'expiration; mais au sommet, la respiration est soufflante et accompagnée de râles humides sous-crépitants.

En avant et à gauche, la sonorité est un peu diminuée; au sommet, matité absolue et exagération des vibrations thoraciques. Frottements très-nombreux aux deux temps de la respiration. Au sommet, respiration rude et râles sous-crépitants.

Le liquide ne s'est donc pas reproduit depuis hier. Par les signes perçus au sommet gauche en avant et en arrière, il est incontestable qu'on a affaire à un tuberculeux ancien et arrivé à la seconde période. Les crachats que rend le malade sont mucopurulents, nummulaires. Les doigts sont légèrement hippocratiques. Le facies est amaigri sans présenter les signes d'Arétée.

Dans l'aisselle, frottements de haut en bas.

Le poumon droit fonctionne bien. La sonorité et le murmure vésiculaire sont normaux, même au sommet.

26. Même état.

27. Même état. La sonorité devient plus grande et prend le pas en arrière sur la submatite. Plus de fièvre.

5 juillet. Bon état général. Température normale. Appétit excellent. Le malade se lève toute la journée. Pas de dyspnée.

Etat local : en arrière et au sommet gauche, matité absolue; dans le reste du poumon gauche; sonorité presque normale, sauf à la base dans une étendue de trois travers de doigts. Les

vibrations thoraciques sont exagérées au sommet, un peu affaiblies dans le reste du poumon. La respiration s'entend de haut en bas ; elle est soufflante et très-rude au sommet, accompagnée de frottements moins nombreux que précédemment dans toute la hauteur du poumon gauche.

En avant, sonorité normale à gauche, sauf au sommet où la matité est absolue. Vibrations thoraciques normales, nombreux frottements aux deux temps de la respiration ; au sommet, mélange de frottements et de râles sous-crépitants.

Rien à signaler au poumon droit.

18 juillet. Bon état général. Le malade engraisse même, mêmes lésions au sommet gauche que précédemment. La sonorité est normale dans toute l'étendue du poumon gauche en avant et en arrière, sauf à la base où il y a une zone de submatité de trois travers de doigt, et où les vibrations thoraciques sont un peu affaiblies. La respiration s'entend de haut en bas, un peu diminuée à la base gauche.

22. Même état local et général. Le malade sort, sur sa demande, complètement guéri de sa pleurésie, conservant sa lésion tuberculeuse au sommet gauche.

OBSERVATION XIV (*Inédite*) prise dans le service de
M. DREYFUS-BRISAC

Pleurésie gauche. Trois ponctions. Deux applications de pointes de feu. Guérison en 7 jours.

La nommée Cuvr. . ., 27 ans, domestique, entre à l'hôpital Tenon, lit 28, salle Cruveilhier, le 26 juillet 1884. Elle avait été soignée dans le service, il y a trois mois, pour un embarras gastrique et une pleurésie sèche du côté gauche. A la suite de l'application

d'un vésicatoire, il s'était déclaré une lymphangite avec adénite axillaire. La malade avait complètement guéri; à cette époque, on n'avait relevé aucun antécédent héréditaire, aucune maladie antérieure. La respiration était rude aux deux sommets. Au cœur, bruit de souffle au premier temps et à la pointe d'insuffisance mitrale.

27 juillet. — Depuis huit jours, cette malade se plaint d'un point de côté très-violent et d'une oppression très-grande. Quelques frissons. Toux sèche, fréquente, un peu de céphalalgie.

A l'examen de la poitrine, on constate de la matité et une abolition complète des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure du poumon gauche en arrière. Dans la même étendue, il y a eu du souffle doux, voilé, lointain aux deux temps de la respiration, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Pas de skodisme sous la clavicule gauche. La sonorité, les vibrations thoraciques et la respiration sont normales dans l'aisselle gauche, dans le poumon gauche en avant et dans tout le poumon droit, sauf aux deux sommets en avant où la respiration est rude.

Le cœur est légèrement dévié vers la droite. Bruit de souffle doux au premier temps et à la pointe. Battements réguliers.

On fait la ponction avec l'appareil Potain, mais on est forcé de s'arrêter à 1.150 grammes à cause d'un accès de toux. Le liquide est clair, citrin. On applique immédiatement cent cinquante pointes de feu environ dans la moitié inférieure gauche en arrière.

28. La dyspnée est considérablement diminuée. Le cœur a repris sa position normale. Mais tous les signes de l'épanchement persistent dans le tiers inférieur seulement, à la base du poumon gauche.

29. Les signes sont les mêmes que la veille. On fait une seconde ponction qui donne issue à 400 grammes de liquide citrin. La canule n'est retirée que lorsque celui-ci ne coule plus. On applique aussitôt 80 pointes de feu. La sonorité revient dans toute l'étendue du poumon gauche ainsi que les vibrations tho-

raciques et le murmure vésiculaire qui s'entend partout, sauf tout à fait à la base, dans une étendue de deux travers de doigt.

30. Matité, abolition des vibrations thoraciques, égophonie tout à fait à la base dans une étendue de trois travers de doigt. Ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz; on retire un liquide citrin. Il s'est donc reproduit dans la plèvre complètement évacuée la veille une petite quantité de liquide.

31. Les mêmes signes persistent dans la même hauteur. On perçoit de plus le souffle pleurétique dans les grandes inspirations.

Troisième ponction. Après 200 grammes, le liquide ne coule plus. Pas de pointes de feu.

Après la ponction, il reste toujours de la submatité, mais plus d'égophonie, les vibrations thoraciques reviennent, amoindries, il est vrai; la respiration s'entend jusqu'en bas avec des frottements à la base.

1^{er} août. — Même signes que la veille après la ponction.

2. Les signes physiques sont les mêmes. Toujours pas de fièvre.

3. La sonorité et les vibrations thoraciques reviennent jusqu'en bas. Les frottements diminuent. Bon état général.

L'amélioration continue les jours suivants, mais la guérison de la pleurésie peut être considérée comme obtenue aujourd'hui.

1^{er} septembre. Départ de la malade parfaitement guérie. Les frottements ont disparu. Le murmure vésiculaire est seulement un peu affaibli à la base du poumon gauche.

Aux deux sommets en avant, on constate toujours de la rudesse de la respiration.

OBSERVATION XV (*Inédite*) prise dans le service de
M. DREYFUS-BRISAC

Pleurésie droite. Pleurésie gauche. 8 ponctions à droite, 4 à gauche. Applications répétées de pointes de feu. Transformation purulente de la pleurésie droite. Empyème. Mort.

Le nommé Chans..., 58 ans, bijoutier, entre à l'hôpital Tenon le 11 juillet 1884, salle Trousseau, lit 5.

D'une bonne santé habituelle. Malade depuis trois semaines ; à cette époque, il fut pris de dyspnée intense, d'une toux très fréquente, sèche, sans point de côté. Peu de fièvre.

Le 10 juillet, il se rend seul à pied au bureau central où il est reçu pour sa dyspnée. Voici son état, le matin, à la visite du 11 juillet.

Dyspnée intense. Le malade est couché sur le côté droit. Il ne se plaint que d'étouffements. Il ne sait à quoi attribuer cette gêne respiratoire.

A l'inspection de la cage thoracique, le côté droit en arrière est plus large que le gauche ; il est dilaté.

A la palpation, les vibrations thoraciques ont disparu à droite dans les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière.

A l'auscultation, on entend la respiration dans le tiers supérieur du poumon droit en arrière ; dans les deux tiers inférieurs, absence du murmure vésiculaire ; ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Dans l'aisselle et dans le poumon droit en avant, matité absolue, absence de vibrations thoraciques, de souffle et d'égophonie. Extrême faiblesse du murmure vésiculaire.

Louis Gourichon

7

Le foie est fortement abaissé; son bord inférieur descend jusqu'au niveau de l'ombilic.

Pas de toux. Pas d'expectoration. Rien au cœur. Rien dans les urines. La T. rectale est de 38° 2. Pas d'appétit.

On se trouve en présence d'un épanchement abondant, dans la cavité pleurale droite, qu'on peut évaluer aproximativement à 4 ou 5 litres.

On pratique immédiatement la thoracentèse et on retire 1650 grammes d'un liquide séro-citrin. Le malade tousse. On retire la canule et on applique 150 pointes de feu, en arrière et à droite et dans l'aisselle.

On examine le malade après la ponction et on constate que la matité a disparu dans la moitié supérieure du poumon droit en avant. Le foie ne dépasse plus le bord inférieur des fausses côtes que de deux travers de doigt. La respiration s'entend affaiblie dans la moitié supérieure du poumon droit en avant.

T. du soir : 39°

12 juillet. Le malade a bien reposé la nuit; mais il est encore gêné pour respirer. La matité est toujours aussi étendue en arrière que la veille. En avant, la sonorité s'entend comme hier après la ponction, dans la moitié supérieure du poumon droit. Pas de frottements. Pas de souffle, pas d'égophonie.

Seconde ponction aspiratrice qui donne 1000 grammes de liquide citrin. On cesse parce que le malade tousse. Deuxième application de pointes de feu (une cinquantaine en avant et à la moitié inférieure).

T. matin 38° 2. T. soir 39° 4.

13. La matité s'étend toujours en arrière aussi haut. Pas de souffle. Pas d'égophonie. Pas de frottements. Absence complète de murmure vésiculaire. Troisième ponction aspiratrice qui donne issue à 1000 grammes d'un liquide séreux, citrin. Pas de pointes de feu.

T. m. 39° 2. T. s. 40°

Le foie reprend sa place normale.

15. Mêmes signes que précédemment. Quatrième ponction

donnant issue à 1000 grammes d'un liquide un peu sanguinolent. Troisième application de pointes de feu à la partie supérieure du poumon droit en arrière.

En cinq jours, on a fait quatre ponctions et on a retiré 4650 grammes de liquide de la plèvre qui est à peu près vide.

T. m, 38° 4. T. s. 40°

16. Le malade a bien dormi. Voici l'état de son poumon droit : matité dans le tiers inférieur en arrière. Abolition des vibrations thoraciques à ce niveau. Dans les 2/3 supérieurs, les vibrations thoraciques existent, quoique un peu diminuées, la sonorité est presque normale. A l'auscultation, la respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon en arrière, mais très diminuée à la base. Ni souffle, ni égophonie. Dans l'aisselle, on entend des frottements. En avant, la sonorité et les vibrations thoraciques existent et sont normales. La respiration s'entend très-nettement. T. 39° matin et soir.

17. Mêmes signes qu'hier. Potion de todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina. T. m. 39° T. s. 39° 8.

21. Le malade se plaint d'avoir eu de la dyspnée dans la journée du 20. En même temps, il se plaint d'une douleur très vive dans l'hypochondre gauche; la base du poumon gauche résonne mal dans l'étendue de quatre travers de doigt, la respiration et les vibrations thoraciques sont affaiblies à ce niveau. Il dit ne souffrir que de là et demande avec insistance qu'on lui fasse une ponction à cet endroit et des pointes de feu pour le guérir, comme on l'a guéri à droite. Il y a dans le tiers inférieur, en arrière et à droite, les mêmes signes qu'antérieurement. On fait une ponction exploratrice à droite avec la seringue de Pravaz : liquide très citrin. Pas de souffle. Pas d'égophonie. Le malade réclame à manger davantage. Il a bon appétit et il mange deux degrés. Depuis quatre jours, la température est de 39° le matin et de 40° le soir. Depuis la dernière ponction, le liquide s'est donc reproduit en petite quantité.

23. Le malade se trouve assez bien. Toujours matité dans le tiers inférieur à droite en arrière. Frottements dans toute la

moitié inférieure en arrière. La respiration s'entend de haut en bas un peu affaiblie dans la partie inférieure. Les vibrations thoraciques existent aussi mais un peu amoindries à la base.

T. m. 39° 2. T. s. 40.

26. Depuis plusieurs jours, le malade a de la dyspnée dans le courant de la journée, bien que le poumon droit soit en bon état. En examinant le thorax, on trouve de la matité dans le tiers inférieur gauche avec abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Quelques frottements. Pas de souffle ni d'égophonie. On a évidemment à faire à une pleurésie gauche qui s'est développée récemment et est survenue sans cause appréciable. Ponction exploratrice à gauche avec seringue de Pravaz : liquide citrin. Première ponction aspiratrice à gauche : on retire 1600 grammes de liquide. Cent pointes de feu à gauche en arrière. Nous voyons le malade dans l'après-midi : il se trouve bien. Le niveau de la matité ne semble pas avoir diminué beaucoup, mais la respiration s'entend mieux. Frottements et quelques râles sibilants.

T. m. 38° 6. T. s. 39° 6.

28. Le malade présente ce matin les signes physiques suivants : En arrière et à gauche, la sonorité existe dans toute la hauteur du poumon gauche, sauf à la base, dans une étendue de deux travers de doigt. Les vibrations thoraciques existent jusqu'en bas ; à l'auscultation, on entend la respiration de haut en bas ; à la base, on a des frottements peu nombreux.

En arrière et à droite, matité dans le tiers inférieur ; vibrations thoraciques existent, mais très diminuées dans le tiers inférieur. La respiration s'entend, mais très faiblement au tiers inférieur, ni souffle ni égophonie.

Le malade se trouve très bien, il respire facilement, il mange quatre degrés

T. 39° matin et soir.

29. Même état que précédemment. Cinquième ponction à droite. Le liquide vient difficilement et est légèrement sanguinolent. On en retire 600 grammes. Quatrième application de poin-

tes de feu en arrière et à droite. Cela fait environ 600 pointes de feu qui ont été appliquées. — Le malade s'est bien trouvé dans la journée.

Température matin 38°6, température soir 39°.

30. La matité n'occupe plus en arrière que deux ou trois travers de doigt à droite. La respiration s'entend de haut en bas. Les vibrations thoraciques ont réapparu.

1^{er} août. — Voici l'état de l'appareil respiratoire aujourd'hui ; en avant dans les deux poumons, la sonorité est normale ainsi que la respiration et les vibrations thoraciques.

En arrière et à droite, matité dans le tiers inférieur, vibrations thoraciques et respiration perceptibles à ce niveau, mais diminuées.

En arrière et à gauche, submatité dans le tiers inférieur ; on perçoit les vibrations thoraciques et on entend la respiration d'une façon plus satisfaisante qu'à droite. Outre le murmure vésiculaire, on entend des frottements tout à fait à la base.

Somme toute, le malade va bien

4. Même état.

7. Le malade a toujours de la fièvre. La température est de 38° le matin et de 39 le soir.

Les signes physiques sont les mêmes à peu près à gauche qu'à droite. En arrière, dans le tiers inférieur des deux côtés, matité avec diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Ni souffle ni égophonie. Moins d'épanchement à gauche qu'à droite, car la respiration s'entend mieux.

Le foie n'est pas déplacé, le cœur non plus. Pas de skodisme. En présence de la persistance de la matité aux deux bases et des autres signes d'épanchement, on fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, et on retire des deux côtés un liquide séro-citrin, transparent et venant facilement.

11. Les signes physiques précédents ne s'étant pas modifiés, on fait à droite une sixième ponction aspiratrice avec l'appareil Potain et l'on retire 1.500 grammes d'un liquide séro-citrin ; les derniers trois cents grammes coulent plus difficilement et sont plus fortement teints en rouge. Un accès de toux force à interrompre

l'extraction du liquide de la plèvre dans laquelle il reste fort peu de chose. Immédiatement après la ponction, la percussion fait entendre une sonorité normale dans toute la hauteur du poumon droit, sauf tout à fait à la base, dans une étendue de deux travers de doigt. Les vibrations thoraciques sont revenues et la respiration s'entend bien avec quelques frottements à la base. Après la ponction, on applique, en arrière et à droite, 120 pointes de feu.

Température matin 38°2, température soir 39°5.

13. Le liquide s'est reproduit en petite quantité ; on a une zone de matité à la base droite de quatre travers de doigt, avec diminution des vibrations thoraciques et faiblesse du murmure vésiculaire, avec frottements peu nombreux à la base.

A gauche, mêmes signes d'épanchement que le 7 août, auxquels s'ajoute de l'égophonie, en un point très-limité, mais sans souffle. On pratique une seconde ponction aspiratrice à gauche et on retire facilement 950 grammes de liquide séro-citrin ; la plèvre gauche est complètement évacuée. Immédiatement après la ponction, on constate ce qui suit : La sonorité se perçoit à gauche partout, sauf tout à fait à la base dans une étendue de deux travers de doigt ; les vibrations thoraciques sont revenues ainsi que le murmure vésiculaire. Cent pointes de feu.

Température : matin, 37°5 ; température : soir, 38°.

15. A droite, mêmes signes que le 13. A gauche, l'épanchement s'est un peu reproduit. Matité à la base dans une étendue de trois travers de doigt avec diminution légère du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques à ce niveau. La respiration s'entend mieux à base gauche qu'à la base droite.

L'état général est bon. Le malade n'a plus de dyspnée ; la température est tombé à 37°5. Le malade mange toujours quatre degrés et continue à prendre sa potion de Todd avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

18. La température est à 38° matin et soir. Le malade mange d'un excellent appétit. Pas la moindre gêne respiratoire.

En arrière et à droite, dans le tiers inférieur, matité ; les vibrations thoraciques sont à peine perceptibles ; la respiration s'entend

très-mal. Pas d'œdème de la paroi. Pas d'abaissement du foie. Pas de skodisme sous-claviculaire.

En arrière et à gauche, matité dans le tiers inférieur de trois ou quatre travers de doigt; les vibrations thoraciques sont un peu diminuées à ce niveau; la respiration s'entend bien.

On fait une *ponction exploratrice* avec la seringue de Pravaz des deux côtés et on retire à gauche un liquide séro-citrin et à droite un liquide louche, contenant des globules blancs et rouges. On pratique sur-le-champ à droite une ponction évacuatrice (c'est la septième de ce côté) et on retire 500 grammes de liquide purulent, couleur chocolat. Le liquide est complètement évacué. Pas de pointes de feu. Après la ponction, la percussion donne de la submatité à la place de la matité qui existait auparavant; les vibrations thoraciques sont revenues, et à l'auscultation on entend le murmure vésiculaire accompagné de nombreux frottements.

1^{er} septembre. Le malade n'avait pas été examiné depuis quelques jours. Depuis 4 ou 5 jours, il se plaignait d'un peu de douleur dans le côté droit. Pas de dyspnée. T. m. 37°2. T. s. 38°. Bon état général.

Comme le liquide obtenu par la dernière ponction était purulent, nous étions décidés à faire le lavage à l'aide du siphon Potain. Auparavant, nous examinons le malade et nous constatons les signes suivants :

En avant, rien d'anormal.

En arrière et à droite, matité dans le tiers inférieur; vibrations thoraciques diminuées; respiration affaiblie. A gauche, matité dans le quart inférieur: à ce niveau, affaiblissement de la respiration et des vibrations thoraciques. Ni souffle, ni égophonie, ni frottements.

En auscultant à droite et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, nous sommes frappé par le timbre de la respiration qui a une résonnance métallique. Nous cherchons la succussion hippocratique et nous la trouvons très-nette. Pas de souffle amphorique. Aucun symptôme en somme de pneumo-thorax, sauf la succussion hippocratique.

On ne fait pas de lavage de la plèvre.

Ponction exploratrice : à droite, liquide purulent ; à gauche, liquide citrin.

3. Mêmes signes. Le malade n'accuse rien de particulier. Température 37° matin et soir. Bon état général.

5. Le 4, le malade se trouvant bien, est descendu dans la cour sans permission. Il a eu froid et, pendant le restant de l'après-midi, il est pris d'une dyspnée assez intense. Ce matin, nous trouvons le malade respirant très mal.

Examen de la poitrine : en arrière et à droite, la matité remonte un peu plus haut que la partie moyenne. Absence des vibrations thoraciques. Abolition du murmure vésiculaire. Pas de souffle, pas d'égophonie. On entend toujours la succussion.

En arrière et à gauche, la matité remonte vers le milieu du poumon. Mêmes signes qu'à droite, sauf la succussion.

En avant, rien d'anormal.

Troisième ponction aspiratrice à gauche : 830 grammes de liquide coloré. Application à gauche de 120 pointes de feu.

T. m. 37°4. T. s. 38°.

6. A gauche, sonorité dans toute la hauteur. Vibrations thoraciques revenues ainsi que murmure vésiculaire de haut en bas. La dyspnée s'est un peu calmée.

A droite, mêmes signes que le 5.

7. Le malade est toujours dans le même état. La dyspnée existe toujours. A gauche, le liquide semble s'être réformé : matité en bas de quatre travers de doigt ; diminution des vibrations thoraciques ainsi que du murmure vésiculaire.

12. Huitième ponction à droite : 600 grammes d'un liquide franchement purulent. Après la ponction, la matité a diminué mais n'a pas disparu. Diminution des vibrations thoraciques, du murmure vésiculaire dans quatre travers de doigt inférieurs. A gauche, matité dans les trois travers de doigt inférieurs, diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Rien en avant. Applications de pointes de feu à droite.

15. Le malade à toujours de la dyspnée. Les signes stéthoscopiques sont les suivants ;

A droite, matité dans la moitié inférieure en arrière. Absence des vibrations thoraciques, du murmure vésiculaire. Pas de souffle. Pas d'égophonie.

A gauche, mêmes signes que le 12.

Quatrième ponction à gauche. 1000 grammes de liquide coloré sont évacués. Le malade tousse; on est obligé de retirer la canule. Il reste encore du liquide dans le thorax. Pas de pointes de feu.

16. Matité dans le tiers inférieur du poumon droit en arrière. La respiration ainsi que les vibrations thoraciques sont affaiblies, mais encore perceptibles. La succussion hippocratique existe toujours.

A gauche, il y a de la matité dans trois travers de doigt inférieurs avec diminution du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques.

28. Depuis le 16, l'état général du malade s'est aggravé chaque jour davantage. Il a peu d'appétit, il a de la diarrhée, des sueurs profuses, il a maigri beaucoup : la fièvre oscille autour de 38° : 37°8 le matin et 38°,5 le soir. Du côté gauche, les signes physiques sont restés stationnaires ; mais du côté droit, ils se sont étendus : à droite, en effet, la matité existe dans la moitié inférieure du poumon en arrière avec absence complète des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. On perçoit toujours la succussion hippocratique. On fait l'empyème dans le 7^{me} espace intercostal droit, il s'écoule environ 6 ou 800 grammes de liquide purulent, on fait un lavage à l'eau phéniquée à 1/50 et on panse la plaie avec la charpie phéniquée. La température qui était de 37°6 le matin monte le soir à 39°8.

A partir de ce jour, les symptômes généraux deviennent de plus en plus graves, malgré un lavage quotidien à l'eau phéniquée et le malade meurt le 8 octobre.

A l'autopsie, on trouve une poche purulente dans la moitié inférieure du poumon droit ; celui-ci réduit à la moitié de son volume ordinaire est entouré de fausses membranes. La plèvre pariétale est également couverte de fausses membranes. A gauche,

quelques fausses membranes moins épaisses qui à droite. Il y a environ un litre de liquide coloré dans la plèvre gauche. Pas traces de tubercules dans les deux poumons ; pas de carcinôme non plus. Cœur et reins sains.

OBSERVATION XVI (*Inédite*) (*prise dans le service de*
M. DREYFUS-BRISAC)

Rhumatisme articulaire aigu. Lésion cardiaque ancienne. Pleurésie double. Quatre ponctions. Application des pointes de feu.

La nommée Ch..., 39 ans, femme de ménage, entre le 1^{er} octobre, à l'hôpital Tenon, salle Cruveilhier, lit n° 9.

Antécédents : première attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a 8 ans, qui a duré trois mois, à ce moment, complications cardiaques.

Malade depuis six jours. Douleurs très-vives et gonflement des genoux, des cous-de-pied, des poignets, des coudes et des épaules. Fièvre 39° ; sueurs abondantes. Insomnie.

Au cœur, lésion ancienne : roulement présystolique à la pointe, souffle au premier temps et à la pointe, indices d'un rétrécissement et d'une insuffisance de l'orifice mitral.

Inappétence. Langue blanche, mais humide. Rien d'anormal dans les urines qui sont rares et colorées.

Traitement : 5 grammes de salicylate de soude.

5 octobre. — Même traitement jusqu'à aujourd'hui. Les douleurs ont un peu diminué, mais notre attention est appelée du côté de la poitrine par une dyspnée assez vive. Submatité dans la moitié inférieure des deux poumons en arrière ; souffle pleurétique, égophonie, pectoriloquie aphone des deux côtés ; vibrations thoraciques très-diminuées du côté gauche, presque com-

plètement abolies du côté droit. Pas de déplacement du cœur ni du foie.

Traitement : 6 grammes de salycilate, 5 ventouses scarifiées et 20 ventouses sèches sur chaque poumon en arrière.

7 octobre. — La malade a eu beaucoup de dyspnée toute la nuit ; en arrière et à gauche, matité dans la moitié inférieure du poumon, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone, à droite, mêmes signes. Pas de skodisme sous-claviculaire. Le cœur est légèrement refoulé du côté du sternum. En présence de cette dyspnée vive et du déplacement du cœur, nous pratiquons à gauche la thoracentèse avec l'appareil Potain et on évacue la plèvre aussi complètement que possible. Nous retirons seulement 100 grammes d'un liquide citrin. Immédiatement après, nous appliquons cent pointes de feu en arrière dans la moitié inférieure du poumon gauche. Après la ponction, on n'a plus que de la submatité au lieu de la matité absolue à gauche ; mais les autres signes : diminution des vibrations thoraciques, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone persistent : ce qui prouve qu'il y avait bien plus de congestion pulmonaire que d'épanchement. Le cœur reprend sa place. T. m. 39°7. T. s. 39°.

8. Matité, souffle, égophonie, dans la moitié inférieure du poumon gauche en arrière. Mêmes signes à droite, mais seulement dans le tiers inférieur. Pas de déviation du cœur. Beaucoup moins de dyspnée. Presque plus de douleurs. En outre des 6 grammes de salicylate, M. Dreyfus-Brisac prescrit 6 grammes de bicarbonate sodique. T. m. 39°2. T. s. 40°5.

10. Même état. T. m. 40°5. — T. s. 40°7.

12. Matité, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone, diminution considérable des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure du poumon gauche en arrière et dans l'aisselle. En arrière et à droite, mêmes signes dans le tiers inférieur seulement. En avant, submatité sous la clavicule gauche et râles sous-crépittants aux deux sommets.

Orthopnée. 70 respirations par minute. T. m. 39°. Deuxième ponction avec appareil Potain, mais qui cette fois est blanche. On

sont le poumon très-nettement frotter sur la canule du trocart.

T. s. 40°.

80 ventouses sèches.

13. — Mêmes signes qu'hier. Mais dyspnée moins grande. Par une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz, on retire à gauche un liquide séro-citrin. T. m. 40°. T. s. 37°5.

17. — Mêmes signes physiques. Mais dyspnée un peu plus vive. Troisième ponction à gauche avec l'appareil Potain : on retire 500 grammes de liquide rougeâtre. — 2^e application de cent pointes de feu. Au moment où l'on arrête la ponction, à la suite de quintes de toux, le trocart touche le poumon.

T. m. 39°. T. s. 39°5.

Après la ponction, submatité au lieu de matité, mais persistance de la diminution des vibrations thoraciques ; disparition du souffle, encore un peu d'égophonie, mais frottements à la base gauche.

18. — Dyspnée encore assez vive. Recrudescence légère des douleurs. T. m. 40°6. On abaisse la dose de salicylate à 4 grammes à cause des bourdonnements d'oreille qu'éprouve la malade ; on supprime le bicarbonate de soude et on applique 40 ventouses sèches en arrière. T. s. 40°2.

20. — Depuis le 18, grande amélioration, nuits bonnes. Pas de dyspnée. Mêmes signes stéthoscopiques : Frottements du haut en bas à gauche. Voix peu nasonnée. Pas de douleurs.

T. m. 39°6. T. s. 40°.

21. — Frottements rudes de haut en bas. Souffle dans la partie inférieure du poumon gauche a réapparu. A droite, frottements. T. m. 39°4, T. s. 37°7.

23. — Plus de souffle à gauche, frottements de haut en bas. La sonorité revient un peu. La pleurésie gauche est en bonne voie. T. m. 39°2. T. s. 39°6

27. Un peu de dyspnée hier soir. Pouls petit, irrégulier, toutes les quatre pulsations. Au cœur : toujours roulement présytolique et souffle systolique. Ce matin, la dyspnée a disparu.

Poumon gauche : La respiration s'entend mal dans le tiers inférieur. Vibrations thoraciques diminuées. Voix nasonnée.

Poumon droit : Matité dans la moitié inférieure en arrière. Absence de vibrations thoraciques. Diminution du bruit respiratoire. Pas de souffle ni d'égophonie. Ponction exploratrice : liquide très-clair.

T. m. 37°8. T. s. 38°8.

28. Ponction évacuatrice à droite : 800 grammes de liquide clair. La malade commence à tousser un peu à ce moment. On sent le poumon frotter contre la cannule. 200 pointes de feu à droite et en arrière. La matité n'a guère diminué après la ponction, les vibrations thoraciques ne sont pas revenues et le murmure vésiculaire n'a pas augmenté d'intensité. La malade éprouve cependant un peu de bien être.

T. m. 39°. T. s. 38°5.

29. La malade respire mieux. Diminution de la matité à droite. Frottements de haut en bas. Le murmure vésiculaire et les vibrations thoraciques sont perceptibles.

A gauche, la respiration s'entend bien, les vibrations thoraciques se perçoivent bien.

T. m. 38°4. T. s. 37°4.

30. La malade était affaissée au moment de la visite ; mais ne présentait rien de particulier à part cela. Dans l'après-midi, après avoir causé avec son mari, elle a été prise d'étouffements et est morte presque subitement.

AUTOPSIE. — On ne trouve ni embolie pulmonaire ni embolie cérébrale. On trouve environ un litre et demi de liquide citrin à droite et un litre à gauche ; mais nous pensons que sa production a eu lieu post mortem, car le jour où elle a succombé, la malade n'avait aucune trace d'épanchement dans les plèvres. Les deux plèvres sont un peu épaissies, mais ne sont pas enflammées. Les poumons sont encore légèrement congestionnés aux deux bases. Au cœur on constate le rétrécissement de l'orifice mitral et l'insuffisance de la valvule mitrale. Reins congestionnés.

II^e PARTIE

DISCUSSION

Nous voilà maintenant en présence de seize observations de pleurésies traitées par la ponction et les pointes de feu.

Analysons-les et voyons les résultats donnés par cette méthode.

Les huit malades de M. Picot ont guéri très-rapidement : chez trois malades, la guérison est survenue au bout de trois jours, chez deux au bout de quatre jours, chez un sixième au bout de six jours ; le septième malade était guéri au bout de dix jours, le huitième au bout de quatorze jours. La malade de M. Graux n'a été guérie qu'au bout d'un mois. De nos sept malades : le premier a guéri

au bout de 22 jours, le second en 13 jours, le troisième en 15 jours, le quatrième en 7 jours. Chez un cinquième malade soumis à la même médication, le liquide ne s'est pas reproduit, mais les signes de l'épanchement ont persisté. Dans un cas, nous avons eu un insuccès complet, dans un dernier cas un succès incomplet. A quoi tiennent donc ces différences qui existent entre les faits de M. Picot, d'une part, celui de M. Graux et les nôtres d'autre part ? C'est ce que nous allons examiner.

1° En premier lieu, tout en appliquant le même principe de traitement, M. Picot et nous, avons différé par le procédé. M. Picot est en face d'un épanchement pleurétique : il fait la ponction et évacue la totalité du liquide en une seule séance. Quel épanchement soit léger ou abondant, qu'il soit de 800 grammes ou de 2500 grammes : peu lui importe, il l'extrait en une seule fois. C'est-là, croyons-nous une pratique qui n'est pas à l'abri de tout reproche. Tout en approuvant la méthode qui consiste à évacuer aussi complètement que possible la cavité pleurale avant de faire la révulsion, méthode qui est très-logique, nous devons faire de fortes réserves pour l'extraction du liquide en une seule fois, si l'épanchement est abondant. C'est dans ces cas, en effet, que les malades ont été exposés à l'expectoration albumineuse avec toutes ses conséquences : soit que le liquide ait été retiré trop rapidement, soit qu'il ait été retiré en totalité en une seule fois. Sans doute M. Picot pourrait nous objecter qu'il n'a jamais eu d'accidents. Mais combien ne pourrait-on pas lui opposer de cas où cette manière de faire a eu les plus déplorables résultats ?

Nous nous contenterons d'en citer un seul qui est caractéristique. Il est emprunté à la pratique de M. Girard de Marseille et cité par M. Terrillon dans sa thèse, de l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.

Il a trait à une femme qui, dix minutes après la ponction, fut prise de suffocation, puis rendit par la bouche une abondante écume blanchâtre et mourut. Et cependant, particularité remarquable, la quantité de liquide extrait par la ponction n'avait pas été considérable : on n'en avait retiré qu'un litre.

Quand nous avons eu affaire à des épanchements peu considérables qui ne dépassaient pas douze ou quinze cents grammes, nous avons vidé complètement la plèvre. Mais dès que nous nous sommes trouvé en présence d'épanchements supérieurs, atteignant deux litres et les dépassant, nous avons tenu une conduite différente.

Dans ces cas, nous retirions du liquide jusqu'à ce que le malade accusât une vive douleur dans la poitrine ou fût pris d'une quinte de toux pénible ; ou nous nous arrêtions spontanément quand nous avions extrait 1000, 1500, 1800 grammes, suivant la quantité de l'épanchement. Puis le lendemain, le surlendemain même, nous faisons une nouvelle ponction jusqu'à ce que la plèvre fût vide. Après chaque ponction, nous faisons une large application de pointes de feu.

En évacuant ainsi la cavité pleurale successivement, nous agissions avec moins de rapidité, mais nous étions plus prudent et nous nous mettions à l'abri de tout accident.

2° Les épanchements que M. Picot a eu à traiter ont

varié de 820 à 2400 grammes et n'ont jamais dépassé ce dernier chiffre. Ceux auxquels nous avons eu affaire ont dépassé deux litres, sauf dans deux cas où l'on n'a retiré que 1750 et 1050 grammes. Aussi ont-ils toujours nécessité plusieurs ponctions

3° Enfin, sur huit des malades de M. Picot, sept ont eu une pleurésie franche, à liquide citrin ; un seul a eu une pleurésie tuberculeuse.

Nous n'avons pas été aussi heureux. Sur nos sept pleurétiques, deux fois le liquide épanché a été légèrement hémétique, une fois franchement hémorrhagique, et quatre fois citrin. Nos pleurésies n'ont été franchement inflammatoires que trois fois ; les autres ont été rhumatismale, tuberculeuse ou de nature mal déterminée.

En résumé, si nous n'avons pas comme M. Picot huit succès sur huit malades, c'est 1° parce que nous n'avons pas employé identiquement le même procédé, pour les raisons que nous avons indiquées plus haut ; 2° parce que nos pleurésies ont différé de celles du professeur de Bordeaux soit par la nature, soit par la quantité de l'épanchement.

Y a-t-il lieu de s'étonner des différences dans les résultats, quand il existe des différences dans les cas traités ? Nullement : Examinons d'un peu plus près les faits observés.

Les huit malades de M. Picot ont eu, sauf un, une pleurésie franche, aigüe ; ils avaient une vraie pleurite. Les applications de cautérisations ponctuées faites à l'aide du thermo-cautère et après la ponction, ont donné d'excellents résultats. Tous ces malades ont guéri rapidement.

Ils avaient une inflammation pleurale intense. Quand les deux feuillets séreux se sont rapprochés l'un de l'autre, après l'évacuation du liquide qui les séparait, ils étaient dans les meilleures conditions possibles pour être attaquées par les révulsifs. Les pointes de feu appliquées en grand nombre, sur toute la surface du thorax correspondant à la plèvre malade et même la dépassant ont produit une révulsion puissante, énergique, à ce moment opportun où les deux feuillets de la plèvre étaient le mieux à la portée de nos moyens d'action, et ont triomphé d'une façon définitive de l'inflammation pleurale. Ce qui le prouve, c'est que les signes physiques ont disparu promptement, le liquide ne s'est pas reproduit, et le rétablissement des malades est survenu avec rapidité. Quand par hasard, le liquide s'est reproduit, il l'a été en petite quantité et sa résorption s'est faite en un temps très court.

L'observation de la malade de M. Graux (Obs. IX) est très-intéressante au point de vue qui nous occupe. On avait pratiqué chez elle déjà dix ponctions, quand on a commencé à appliquer des pointes de feu. Sous l'influence de cette médication, nous voyons un changement considérable se produire. Le liquide qui était de 1750 grammes, lors de la onzième ponction, est de 1250 lors de la douzième et de la treizième, et tombe à 1000 à la quatorzième et à 900 à la quinzième. De plus, le liquide se reproduit bien plus lentement. Cinq ponctions seulement sont faites dans un mois avec l'application de pointes de feu, alors que dix ont été nécessaires dans le mois qui a précédé et alors qu'on ne faisait pas usage de la cautérisation pon-

tuée. Nous voyons dans ce résultat plus qu'une simple coïncidence, un effet certain du traitement, se traduisant par la diminution du liquide d'une part, et sa reproduction plus difficile d'autre part.

De même dans l'observation X, nous voyons les bienfaits de l'application des pointes de feu après la ponction. Le liquide qui était légèrement hématique à la première ponction devient franchement citrin à la seconde. La guérison est obtenue au bout de 22 jours; mais il faut bien remarquer ce fait, c'est que nous avons affaire ici à un sujet qui avait des antécédents héréditaires tuberculeux, dont la pleurésie avait évolué d'une façon lente et insidieuse et qui était tout à fait suspecte. Ce n'était pas à une inflammation franche de la plèvre que nous avons affaire dans ce cas. Néanmoins la guérison était accomplie au bout de trois semaines, c'est-à-dire dans un temps relativement court, si l'on considère la nature de la pleurésie.

Le malade qui fait l'objet de l'observation XI mérite de nous arrêter un instant parce qu'il a présenté tous les signes de la pleurésie aiguë avec épanchement et qu'après une seule ponction et une seule cautérisation ponctuée, le liquide ne s'est pas reproduit. Et cependant, tous les symptômes classiques ont persisté après le traitement, sans qu'il nous ait été jamais possible de retirer dans la suite par des ponctions exploratrices répétées et deux ponctions aspiratrices la plus petite quantité de liquide. Que s'est-il passé? Nous l'ignorons. Le poumon est-il resté dans cet état de splénisation décrit par M. Grancher? Ou bien s'est-il produit cette congestion pulmonaire simu-

lant l'épanchement décrite par M. le professeur Potain? Ce ne sont là que des hypothèses. Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il y avait au début un épanchement incontestable qui, après la médication que nous avons employée, ne s'est jamais reproduit.

Quand nous avons eu affaire à des inflammations aiguës de la plèvre ; (observ. XII et XIV), nous avons obtenu de bons résultats de la ponction et des pointes de feu. La guérison était un fait accompli au bout de 13 jours et de 7 jours. Et cependant l'un de nos malades était un vieillard où la poussée congestive avait été tellement intense que le liquide épanché était nettement hémorrhagique. Celui-ci sous l'influence de la révulsion énergique qui est produite perdit ce caractère pour devenir séro-citrin.

Si, au contraire, l'on se trouve en présence de pleurésies diathésiques, tuberculeuses, il semble a priori que la médication soit beaucoup moins active, car derrière la pleurésie se cache l'élément tuberculeux qui échappe à notre action. Il faut distinguer deux cas : ou bien la pleurésie tuberculeuse se présentera avec tous les caractères d'un processus inflammatoire bien accusé, ou bien elle évoluera, ainsi que cela arrive le plus souvent, d'une façon lente, torpide, insidieuse, sans phénomènes réactionnels bien marqués. L'observation VIII rentre dans le premier cas : le malade qui en fait l'objet atteint de tuberculose aiguë guérit de son épanchement pleural au bout de trois jours. Le malade dont l'histoire est rapportée à l'observation XIII nous semble rentrer dans la même catégorie. C'est un sujet manifestement tuberculeux qui à la suite d'un traumatisme de la poitrine est atteint de

pleurésie évoluant à la façon d'une pleurésie franche. Que cette pleurésie soit d'origine tuberculeuse et se soit développée sous l'influence du traumatisme (ce que nous croyons), ou qu'elle soit simple, non diathésique et causée directement par le traumatisme : peu nous importe. Nous constatons que la thérapeutique locale a produit de bons effets. — Donc, dans les cas de pleurésies tuberculeuses avec inflammation pleurale aiguë, la cautérisation ponctuelle réussit bien. En est-il de même dans les pleurésies tuberculeuses qui s'accompagnent de peu de réaction inflammatoire? Bien que nous n'ayons pas de faits à l'appui, nous ne le pensons pas, parce que là où le processus inflammatoire est peu franc, la révulsion est bien moins efficace.

Dans la pleurésie rhumatismale (voyez observ. XVI), nous n'avons eu qu'un succès incomplet. Mais ce résultat est imputable non pas à la méthode elle-même, mais à la nature de la pleurésie. Celle-ci en effet est souvent provoquée par la congestion pulmonaire et c'est précisément un cas de ce genre que nous avons eu à traiter. N'oublions pas que notre malade avait une lésion cardiaque ancienne (insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral). Que se passait-il quand nous intervenions? Nous avions une pleurésie double avec épanchement et une congestion pulmonaire intense. Nous appliquions la méthode : la plèvre était évacuée complètement et le thorax couvert de pointes de feu. Tout semblait aller bien pendant quelques jours ; mais sous l'influence d'une nouvelle poussée rhumatismale ou de la stase pulmonaire d'origine cardiaque, la congestion apparaissait de nouveau, le liquide se repro-

duisait. Nous n'avons pas lieu de nous trouver surpris.

Que pouvait en effet notre thérapeutique active sur l'élément rhumatismal qui amenait la congestion des poumons, laquelle elle-même engendrait l'épanchement ? Que pouvait-elle sur l'affection cardiaque qui apportait un obstacle persistant au libre cours de la petite circulation ?

Nous arrivons maintenant à l'observation XV où notre intervention a complètement échoué. Nous avons cependant appliqué la méthode dans toute sa rigueur.

Malgré des ponctions évacuatrices répétées, malgré des cautérisations ponctuées multipliées, nous avons vu le liquide se reproduire d'une façon constante. De plus, après la 6^e ponction, le liquide de la pleurésie droite est devenu purulent. Déjà auparavant, une pleurésie gauche s'était développée presque sous nos yeux. Pourquoi ce malade a-t-il en une transformation purulente du côté droit ? Pourquoi a-t-il eu une pleurésie gauche ? nous l'ignorons absolument. Cet homme n'était ni tuberculeux, ni cachectique ; son cœur et ses reins fonctionnaient parfaitement. Nous savons bien qu'on pourra accuser les ponctions que nous avons faites d'avoir amené la purulence du liquide, mais cela ne nous paraît pas démontré ; et quand bien même il en serait ainsi, le développement de la pleurésie gauche ne serait pas plus expliqué que la tendance manifeste qu'avait celle-ci à devenir purulente, à en juger du moins par la coloration du liquide extrait. Nous croyons que les accusations qui ont été formulées contre les ponctions, de rendre purulents les épanchements primitivement séreux sont exagérées.

Quand toutes les précautions antiseptiques sont prises,

dit M. Dieulafoy, quand il est procédé avec lenteur et méthode, la ponction est la plus innocente de toutes les opérations. Et d'ailleurs, chez la malade de M. Graux, qui était en plein état puerpéral, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables pour faire du pus, ne voyons-nous pas quinze ponctions être pratiquées en dix semaines sans que la transformation purulente de l'épanchement se produise. Il est des cas en clinique qu'il est difficile d'expliquer; celui auquel nous faisons allusion est, croyons-nous, du nombre.

Pour nous résumer et exprimer notre pensée sur la valeur du traitement de la pleurésie par la ponction et les pointes de feu dans les différents cas observés, nous dirons : là où il n'y a qu'une poussée congestive ou inflammatoire de la plèvre, de la pleurésie franche à frigore, la méthode de M. Picot est bonne ; dans les pleurésies tuberculeuses à réaction pleurale très accusée, elle a donné de bons résultats ; mais elle s'est montrée beaucoup moins active quand la cause morbide, rhumatisme, affection cardiaque etc., persistait. C'est ce qu'on pouvait prévoir à priori.

*Des effets des cautérisations ponctuées sur l'organisme. —
Ses avantages et ses inconvénients*

Après la ponction et les pointes de feu, on voit souvent le soir du jour où la médication a été employée, une élévation de la température générale. M. Picot attribue ce

fait à la révulsion intense produite par les pointes de feu sur tout l'organisme. Nous ne pouvons admettre cette assertion qui ne nous paraît pas démontrée. Si dans la majeure partie des cas qu'il nous a été donné d'observer, nous avons pu vérifier la remarque de M. Picot, il en est d'autres, non moins incontestables, où la température vespérale s'est manifestement abaissée et d'autres où la température du soir est restée égale à celle du matin. Du reste, il y a deux éléments bien distincts dans le traitement : la ponction et les pointes de feu.

Il nous semble difficile de préciser la part qui revient à chacun de ces éléments, dans l'élévation générale de la température, puisqu'ils sont employés simultanément. Il faudrait essayer seules les cautérisations ponctuées et voir si elles produisent une augmentation de la température ; mais comme M. le professeur Peter l'a démontré, nous croyons que la ponction seule suffit pour amener l'élévation de la température générale.

Une autre question qui mérite de nous arrêter est la suivante : quels sont les avantages et les inconvénients des cautérisations ponctuées ? Les avantages sont incontestables : les pointes de feu constituent le plus puissant révulsif que nous possédions ; elles sont d'une application facile et facilement renouvelable. Elles agissent instantanément. Mais contrairement à ce qu'avance M. Picot, elles sont fort mal tolérées par les malades qu'elles effraient beaucoup. Bien souvent nous n'avons pu répéter l'application des cautérisations ponctuées, à cause de l'appréhension qu'elles causaient. Une première fois, elles étaient bien tolérées ; mais quand on voulait recommen-

cer, les malades avaient une telle crainte qu'on était gêné considérablement par leur indocilité, même pour faire la ponction. Chez un jeune malade de quinze ans, très impressionnable et dont nous ne rapportons pas l'observation ici, l'intimidation fut si considérable, à la vue du thermo-cautère qu'on préparait, pendant qu'on faisait la ponction, qu'il eût des lipothymies répétées.

Sur nos sept malades, un seul a bien supporté les pointes de feu (et c'est lui qui en a eu le plus grand nombre voyez observation XV) ; les autres s'en sont plaints très vivement. Nous avons remarqué qu'après l'application des cautérisations, la douleur locale, le point de côté du pleurétique disparaissait ; mais la douleur produite par les pointes de feu persistait. Il est curieux de constater aussi quelle différence existe au point de vue de la tolérance des cautérisations entre les tuberculeux qui ont une inflammation chronique des poumons et chez lesquels on les applique journellement presque sans douleur, et les pleurétiques qui ont une inflammation aiguë de la plèvre et pour lesquels elles sont si pénibles.

Des observations que nous rapportons, de la discussion qui les a suivies et des commentaires qui les ont accompagnées, nous sommes autorisé, croyons-nous, à poser les conclusions suivantes :

III. PARTIE

CONCLUSIONS

1° Le traitement de la pleurésie avec épanchement par la ponction ou les ponctions évacuatrices suivies de l'application de pointes de feu est un procédé très-rationnel et très recommandable.

2° Il réussit bien dans les pleurésies aiguës, franches, primitives, quand l'inflammation pleurale est récente et l'épanchement peu considérable.

3° Dans les pleurésies secondaires (rhumatismale, tuberculeuse, etc...), il est beaucoup moins actif. Cependant dans les pleurésies tuberculeuses accompagnées de réaction inflammatoire pleurale intense, ses résultats sont favorables.

4° L'application de pointes de feu est contre-indiquée chez les sujets nerveux, irritables.

5° Etant donné que les pleurésies primitives sont les plus rares, que les cautérisations ponctuées sont contre-indiquées dans certains cas, la médication de MM. Cayla et Picot n'a que des applications restreintes.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Le Président,
BROUARDEL.

